

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1971

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jean-Paul HAGEGE

né le 11 Octobre 1944 à TUNIS

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS BENIGNES DU CARDIA

Président : Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat

Chevalier de la Légion d'Honneur

FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNEE 1971

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Jean-Paul HAGEGE

né le 11 Octobre 1944 à TUNIS

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS BENIGNES DU CARDIA

Président : Monsieur le Professeur Charles DEBRAY
Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur



UNIVERSITE DE PARIS VI
FACULTE DE MEDECINE SAINT-ANTOINE

Professeur titulaires :

MM.	ANDRE R.	Hématologie
	BRISAUD H.	Pédiatrie
	BROCARD R.	Médecine
	BUGNARD L.	Biophysique
	CAROLI J.	Médecine
	CERBONNET G.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie
	CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
	CONTE M.	Médecine
	DAGUET L.	Bactériologie
	DEBRAY J.	Médecine
	FLABEAU F.	Chirurgie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique
	GOSSET J.	Chirurgie
	HUGELIN A.	Physiologie
	LAPLANE R.	Pédiatrie
	LELORIER G.	Obstétrique
	LOEPER J.	Médecine expérimentale, Immunologie
	LOYGUE J.	Chirurgie
	MAROIS M.	Histologie
	MERGER R.	Obstétrique
	MILHAUD G.	Biophysique
	NICK J.	Neurologie
	ORCEL L.	Anatomie Pathologique
	PERRAULT M.	Médecine
	POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
	POLONOVSKI J.	Biochimie
	RICHET G.	Néphrologie
	WOLFROMM R.	Médecine

Professeurs sans chaire

MM.	CHALUT J.	Radiologie	MM.	LESTRADET H.	Pédiatrie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie		PICARD J.	Biochimie
MM.	GIRARD F.	Physiologie		ROUX Ch.	Embryologie
	GOLVAN Y.J.	Parasitologie			

Maîtres de Conférences

-=-=-

MM. AKOUN G.	Médecine	MM. GUIRAUDON G.	Anatomie
ARDAILLOU R.	Physiologie	HERMAN D.	Médecine
BAUX S.	Chirurgie	HUGUET Cl.	Chirurgie
BITKER M.	Urologie	JACQUILLAT Cl.	Hématologie
BOURY G.	Chirurgie	LASFARGUES G.	Pédiatrie
BRICOUT F.	Bactér. Virol.	LEVY V.G.	Médecine
CATINAT J.	Médecine	MALAFOSSE M.	Chirurgie
CHEYMOL G.	Pharmacologie	MENSCH B.	Biophysique
CHOUARD Cl.	O.R.L.	MERY J.Ph.	Néphrologie
CLOAREC M.	Médecine	Mme MIGNON Fr.	Néphrologie
CONTAMIN F.	Médecine	PIERON R.	Médecine
COSCAS G.	Ophthalmologie	POULET J.	Médecine
DAUTRY P.	Chirurgie	RAMPINI Cl.	Biochimie
DELIGNE P.	Anesthésiologie	RICHARDET J.M.	Pédiatrie
DOYON D.	Radiologie	ROLAND J.	Anatomie Pathol.
DRY J.	Médecine	SALAT J.	Obstétrique
DUHAMEL G.	Hématologie	SALMON Ch.	Hématologie
FOUET P.	Thérapeutique	SANTARELLI J.	Obstétrique
GAUTIER H.	Physiologie	WARGON H.	Médecine expér.
GUILMET Cl.	Anesthésiologie	WEINMANN S.	Biochimie

Enseignants Associés

-=-=-

M.C.A. Associé - M. ELIAKIS Em. Médecine Légale

-=-=-



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556011_0005

A notre Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur de nous
confier ce travail et d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre sincère
attachement et de notre profonde
reconnaissance pour l'enseigne-
ment qu'il nous a dispensé.

A Monsieur le Professeur J.P. HARDOUIN

Médecin de l'Hôpital de Colombes

Qui a inspiré ce travail.

En témoignage de profonde reconnaissance
pour l'aide efficace et les précieux
conseils qu'il m'a prodigués au cours
de la rédaction de ce mémoire

A mes Maîtres d'Externat

M. le Professeur F. FLABEAU

M. le Dr. A. DUFOUR

M. le Professeur J.J. BERNIER

M. le Professeur P. MOLLARET

M. le Professeur F. BESANÇON,

Mme le Dr. AUBRY

M. le Dr. BARDIAUX

dont je m'honore d'avoir été l'élève.

INTRODUCTION

-=-=-

Ayant observé 8 cas de tumeurs bénignes du cardia, nous avons tenté d'ébaucher une étude d'ensemble de ces tumeurs.

Les tumeurs bénignes de l'oesophage sont rares, leur localisation cardiaque exceptionnelle. Cependant, de nombreux cas ont été publiés ces dernières années, ceci étant dû aux progrès de la chirurgie thoracique.

La rareté de ces tumeurs est donc relative. De plus ces tumeurs bénignes du cardia soulèvent d'intéressants problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Ces tumeurs, d'un grand polymorphisme clinique et radiologique, sont effectivement souvent méconnues, le cardia étant une région d'exploration malaisée et souvent négligée.

En outre, le siège sous-muqueux des leiomyomes, lesquels constituent la majorité des tumeurs bénignes du cardia, accroît la difficulté diagnostique en rendant inconstante la vision endoscopique de ces tumeurs.

Ces diverses raisons expliquent que l'on puisse méconnaître pendant de nombreuses années un petit léiomyome cardial dont l'énucléation, facile en début d'évolution, deviendra malaisée au fur et à mesure de la croissance tumorale.

Les leiomyomes volumineux sont caractérisés par

un grand polymorphisme macroscopique qui rend souvent erronée l'interprétation radiologique et endoscopique. De ce fait, ces grosses tumeurs sont souvent prises pour des cancers du cardia et traitées en conséquence par gastrectomie polaire supérieure, leur nature bénigne n'étant découverte avec surprise que lors de l'examen histologique de la pièce opératoire.

Ces interventions, plus fréquentes en matière de tumeurs bénignes du cardia que les inoffensives énucléations, exposent à des reflux gastro-oesophagiens sévères car elles suppriment la zone d'activité sphinctérienne du cardia. En outre, elles font courir un risque de mortalité non négligeable.

Les gastrectomies polaires supérieures doivent donc devenir l'exception dans le traitement des tumeurs bénignes du cardia, d'autant que ces volumineuses tumeurs surviennent souvent chez des sujets jeunes.

On voit ainsi l'intérêt d'une telle étude d'ensemble, une meilleure connaissance des tumeurs bénignes du cardia permettant d'en opérer certaines à moindre risque.

Après un rappel anatomique de la région oesocardiale, qui nous permettra de définir le cardia avec précision, suivra l'exposé des 8 observations que notre Maître le Professeur Charles Debray, le Professeur J.P. Hardouin et le Dr. J. Leymarios nous ont confiées. Un tableau d'ensemble des 58 observations recueillies dans la littérature sera dressé : il nous permettra de reprendre de façon plus détaillée les types anatomo-pathologiques et les descriptions cliniques radiolo-

giques et endoscopiques des tumeurs bénignes du cardia, ainsi que les lésions avec lesquelles elles s'associent éventuellement.

Enfin, les différentes modalités et indications de la thérapeutique chirurgicale seront exposées.

P L A N

--

I.- Définition et anatomie du cardia.

- Définition du cardia
- Etude macroscopique
- Structure histologique

II.- Observations.

- Huit cas de tumeurs bénignes du cardia (T.B.C.)
- Tableau récapitulatif des cas de T.B.C.

III.- Etiologie - Fréquence.

- Fréquence des tumeurs bénignes de l'oesophage
- Fréquence de la localisation cardiaque des tumeurs bénignes de l'oesophage
- Fréquence des T.B.C. par rapport aux tumeurs malignes du cardia
- Répartition en fonction de l'âge
- Répartition suivant le sexe

IV.- Anatomie pathologique.

- Définition d'une tumeur bénigne
- Fréquence des aspects histologiques
- Types histologiques : - leiomyomes
 - autres types
- Retentissement sur l'oesophage
- Lésions associées.

V.- Symptomatologie.

- A - Troubles digestifs :
 - Dysphagie
 - Douleurs
 - Hemorragies digestives
- B - Troubles de l'état général :
- C - Troubles respiratoires
- D - Tumeurs bénignes latentes

VI.- Radiologie.

- A - Examen radiologique
- B - Techniques spéciales
- C - Description radiologique des T.B.C. :
 - Lacune endo-oesophagienne
 - Méga-oesophage
 - Refoulement de l'oesophage cardinal
 - Lésions pseudo-cancéreuses
- D - Lésions associées

VII.- Radiocinéma.

- Technique
- Résultats

VIII.- Endoscopie.

- Technique
- Résultats

IX.- Diagnostic différentiel.

- Cancer du cardia
- Varices cardio-tubérositaires
- Hernie hiatale
- Tumeurs bénignes de la grosse tubérosité
- Compressions extrinsèques de l'oesophage

X.- Thérapeutique.

- A - Thérapeutique des tumeurs muqueuses
- B - Thérapeutique des tumeurs sous-muqueuses ou extra-muqueuses :
 - Voies d'abord
 - Méthodes d'exérèse
 - Suites opératoires
 - Indications.

DEFINITION ET ANATOMIE DU CARDIA

=====

I.- DEFINITION DU CARDIA.

Les divergences existant entre les différents anatomistes, histologistes et physiologistes quant à la définition du cardia expliquent la difficulté de prendre position.

Ainsi, Adler (3) a pu dire : "Il est paradoxal qu'un mot aussi souvent employé que cardia continue à exister sans une définition plus précise".

Lerche, quant à lui, préfère rejeter le terme de cardia et le remplacer par celui de vestibule gastro-oesophagien, suivi en ce sens par Zaino (101) et Savary (85).

Pour les cliniciens et physiologistes, le cardia est fait de toute la portion inférieure de l'oesophage où se déroule l'action sphinctérienne du cardia. Au terme de cardia trop strictement anatomique, J.P. Hardouin (35) préfère celui d'oesophage cardinal, ce segment comprenant l'oesophage thoracique immédiatement sus-diaphragmatique, l'oesophage trans-diaphragmatique, l'oesophage abdominal et la jonction oesophago-gastrique.

Nous adopterons cette définition du cardia qui est plus proche des réalités cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

II.- ETUDE MACROSCOPIQUE.

A/ La limite supérieure de l'oesophage cardinal se situe au-dessous de l'ampoule épiphrénique, au niveau du rétrécissement inférieur de l'oesophage thoracique et au-dessous d'une dilatation sous-jacente. On constate à ce niveau un renforcement et

une modification structurale de la couche musculaire circulaire (Mme le Dr. Cl. Marche (61)).

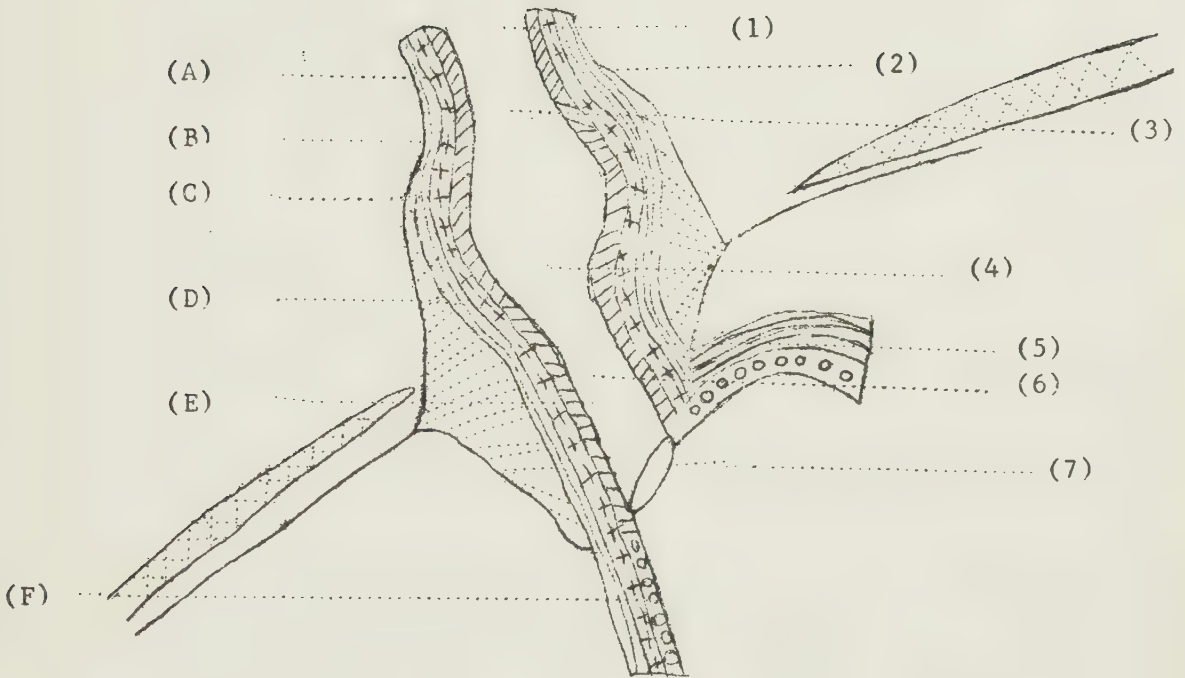
Cette limite supérieure se situe également à l'insertion supérieure de la membrane de Laimer. Au-dessous de cette limite supérieure s'étend sur 1 à 2 cm. la partie tout-inférieure de l'oesophage thoracique, à laquelle fait suite l'oesophage trans-diaphragmatique.

B/ L'oesophage trans-diaphragmatique passe dans le hiatus oesophagien, orifice elliptique à direction oblique en avant et en haut, qui répond à la dixième vertèbre dorsale. L'oesophage y mesure 2 à 3 cm. Le déplacement de l'estomac dans le thorax est empêché par la membrane annulaire de Laimer qui naît du fascia sous-diaphragmatique et se dirige vers le hiatus en un tunnel fibreux. Cette membrane se divise en deux branches, dont l'inférieure s'insère à la jonction gastro-oesophagienne. Des fibres musculaires la complètent.

C/ L'oesophage abdominal mesure 2 cm. de longueur en moyenne. Cependant, il manque dans certains cas et, de ce fait, son existence a été discutée.

Sa face antérieure répond au foie et au pneumogastrique gauche, sa face postérieure au X droit et au pilier gauche du diaphragme. Il s'élargit progressivement jusqu'à son embouchure dans l'estomac.

D/ La jonction oesophago-gastrique est considérée comme le cardia par les anatomistes : elle se situe sur la face postérieure de la grosse tubérosité, près du bord interne dans sa partie horizontale. Extérieurement, elle forme un angle plus ou moins ouvert, manquant parfois totalement, entre le flanc gauche de l'oesophage et la grosse tubérosité gastrique. Le bord droit de l'oesophage se continue avec la petite courbure gastrique.



A : épithélium malpighien

B : muscularis mucosae

C : tunique circulaire
interne

D : tunique longitudinale
externe

E : épithélium de jonction

F : épithélium fundique

(1) oesophage thoracique

(2) membrane de Laimer :
insertion supérieure

(3) rétrécissement sus-
diaphragmatique

(4) oesophage diaphragmatique

(5) membrane de Laimer :
insertion inférieure

(6) oesophage abdominal

(7) jonction oeso-gastrique

STRUCTURE HISTOLOGIQUE ET MACROSCOPIQUE

DE L'ŒSOPHAGE CARDIAL

L'orifice ovalaire que forme l'abouchement de l'oesophage dans la petite courbure est muni, dans sa partie supérieure et à gauche, d'un repli valvulaire semi-lunaire marquant l'adossement des parois oesophagiennes et gastriques.

Cette valvule, décrite par Gubaroff, est contestée par Latarget.

E/ Configuration interne :

Intérieurement, la seule ligne de démarcation visible est marquée par la jonction, à un niveau variable, d'une muqueuse pâle oesophagienne et d'une muqueuse gastrique rose vif, à gros plis. Pour Hayward (39), elle constitue la limite inférieure du cardia.

Cette ligne se situe à 1 ou 2 cm. plus haut que le cardia des anatomistes. La muqueuse peut également avoir un aspect intermédiaire, ayant alors deux limites nettes, l'une au rétrécissement sus-diaphragmatique, l'autre au changement de muqueuse véritable.

A ce niveau, 6 plissements longitudinaux soulèvent la muqueuse, puis divergent avant de se prolonger avec les plis gastriques.

A également été constatée la présence de faisceaux musculaires en grand nombre, sans direction fixe, aux dimensions et trajets variables chez un même sujet, et situés en dehors de la muscularis mucosae (IOI). Ces faisceaux peuvent avoir une prédominance transversale et renforcer la musculaire circulaire interne (Laimer). Ils sont localisés strictement au bas-oesophage (Lerche) : ils ont été vus en endoscopie (85).

III.- STRUCTURE HISTOLOGIQUE.

A/ La muqueuse du bas-oesophage est constituée par un épithélium malpighien non kératinisé.

B/ La sous-muqueuse est faite d'un tissu conjonctif lâche, qui permet à la muqueuse de s'invaginer dans l'estomac, à la suite du bol alimentaire, en formant une valve muqueuse en rosette.

C/ La disposition musculaire fait l'objet de nombreux travaux. De dehors en dedans, on note une tunique musculaire longitudinale externe, une tunique musculaire interne et une muscularis mucosae qui se continuent sans transition avec celles de l'estomac. Ces différentes couches sont traversées par des expansions venant de la membrane de Laimer (IOI).

Lerche pense qu'il existe deux éléments contractiles :

- le sphincter inférieur de l'oesophage, à la limite supérieure du cardia;
- le muscle constricteur du cardia, à la limite inférieure.

La plupart des auteurs nient l'existence de tout sphincter anatomique.

D/ Les plexus mésentériques, au cardia, se différencient de ceux de l'oesophage : le plexus d'Auerbach est plus hypertrophié et celui de Meissner plus rare.

EN CONCLUSION :

Nous excluerons de notre étude les tumeurs bénignes de la grosse tubérosité et de la région sous-cardiale, dont l'ablation n'entraîne pas la destruction du cardia et, de ce fait, ne perturbe pas le mécanisme complexe de la continence du cardia.

Nous entendrons donc par tumeurs bénignes du cardia celles qui seront susceptibles d'être enlevées par gastrectomie polaire supérieure, c'est-à-dire celles qui siégeront ou s'étendront à l'oesophage cardial ainsi défini : oesophage thoracique inférieur, oesophage trans-diaphragmatique, oesophage abdominal.

OBSERVATION n° 1 :

Monsieur PEL... Pierre, 46 ans (dossier B C 65/609) consulte le 24 septembre 1965 le Professeur Hardouin, à l'hôpital Bichat, pour une dysphagie apparue en mai 1965. Cette dysphagie est constante, apparaissant dès les premières bouchées du repas. Elle est suivie par le passage normal des aliments, ou par une régurgitation; elle est haut située.

En outre, le malade ressent depuis moins d'un an une vague sensation de gêne épigastrique, survenant 2 à 3 heures après les repas.

Sur les radiographies de mars 1965, on découvre un diverticule de Zenker, gros comme une noix, et un bulbe quelque peu modifié.

De nouvelles radiographies, en octobre 65, montrent un bulbe rétracté, et surtout une image lacunaire de 3 cm. de diamètre de la région cardiale, visible sur les clichés de l'estomac en réplétion, en position debout et en procubitus.

Le Dr. Housset conclut de la gastroscopie du 21 octobre 65 à l'existence d'une gastrite catarrhale importante et d'une formation tumorale arrondie, volumineuse, ressemblant, semble-t-il, à une tumeur bénigne à l'intérieur d'une hernie hiatale.

Le radiocinéma du 26 octobre confirme l'existence, au cardia, d'une petite image opaque de la taille d'une noix, très nettement visible quand la baryte la touche et la contourne. Elle s'associe à une petite hernie hiatale et à un diverticule pharyngien.

Le 8 décembre 65, le malade est opéré par le Professeur

Mercadier : - dans un premier temps, après abord de la région cervicale gauche, découverte du diverticule qui est dégagé et sectionné à sa base, suivie d'un affrontement des deux bords de la muqueuse.

- dans un deuxième temps, après une longue incision médiane sus-ombilicale, débordant de l'ombilic, isolement de l'oesophage abdominal avec incision du péritoine pré-oesophagien. Découverte d'une tumeur siégeant à 2 cm. au-dessus du cardia et qui s'est développée sur la face postérieure de l'oesophage abdominal. Après incision de la paroi oesophagienne en avant et de la muqueuse oesophagienne en arrière, la tumeur est énucléée au tampon monté : elle a le volume d'une prune de 3 cm. de haut sur 2 cm. de large et est de type réniforme.

Suture de la muqueuse oesophagienne en arrière et en avant par des points séparés au catgut. Suture de la musculuse antérieure par des points séparés de lin. Recouvrement de la suture antérieure par du péritoine et fixation de la grosse tubérosité au bord de l'oesophage.

L'examen histologique de la pièce anatomique fait par Mme le Dr. Claude Marche montre un leiomyome bénin de la région cardiaque, constitué de façon homogène par des faisceaux de fibres musculaires lisses, anastomosées et coupées perpendiculairement ou longitudinalement à leur axe. Elles ne subissent aucune modification cellulaire; il n'y a pratiquement pas de sclérose ou d'inflammation intra-tumorale. L'ensemble est bien limité et mesure 1,5 cm. de diamètre.

15 jours après l'intervention, le malade quitte l'hôpital. Les suites opératoires à distance sont très satisfaisantes.

EN RESUME :

Chez un homme de 46 ans, dysphagie datant de 5 mois associée à une gêne épigastrique récente, causée par un petit leiomyome siégeant à 2 cm. au-dessus du cardia.

Sur les clichés et le radiocinéma, cette tumeur apparaît sous forme d'une lacune arrondie dans une hernie hiatale.

Diagnostic pré-opératoire de tumeur bénigne, confirmé par la gastroscopie.

L'énucléation simple a permis des suites opératoires excellentes.

OBSERVATION n° 2 :

Monsieur STR... Nessim (dossier P 2589 CD), 48 ans, consulte le Professeur Debray, fin janvier 1966, pour une dysphagie discrète récente.

Il souffre, depuis 14 ans, de brûlures épigastriques, calmées par l'alimentation, non journalières; elles durent une huitaine de jours, avec des périodes indolores de 3 semaines, et s'accompagnent de régurgitations et de pyrosis. Depuis août 65 s'ajoute une sensation de frottement et d'absence de passage des aliments dans la région rétrosternale.

Les clichés du 6 novembre 65 révèlent l'existence d'un diverticule du 1/3 moyen de l'oesophage et une hernie hiatale avec image lacunaire bien limitée, s'inscrivant sur son bord gauche.

En gastroscopie, une petite tumeur sessile, jaunâtre, est visible sur la face latérale gauche de la hernie. Elle ressemble en tous points à une tumeur bénigne.

Le cytodiagnostics à la râpe, effectué le 29 janvier 66, ramène des cellules malpighiennes desquamées, ne présentant aucune anomalie nucléo-cytoplasmique suspecte de malignité.

Le Professeur Lortat-Jacob intervient le 8 février 66. Voici son compte-rendu opératoire :

"Médiane sus-ombilicale. Découverte de l'oesophage "abdominal. On abaisse ainsi la zone tumorale qui est bien "un myome de la partie inférieure de l'oesophage thoracique s'accompagnant par ailleurs d'un raccourcissement "de l'oesophage abdominal équivalent à une malposition "cardio-tubérositaire.

"Après incision de la musculature, on excise ce myome qui a la forme habituelle en fer-à-cheval. Le moignon muqueux est rétracté. Il ne sera pas réhabillé par la musculature et on achève, sur 1 à 2 cm. vers l'estomac, la section de l'anneau musculaire restant, comme si on avait réalisé une opération de Heller. Oeso-cardio-gastropexie au nylon fin avec rétrécissement de l'hiatus oesophagien en arrière par 2 points sur les piliers".

L'examen histologique confirme qu'il s'agit bien d'un myome multinodulaire, volumineux, du bas-oesophage, à structure plexiforme et à trame hyalinisée (Mme le Dr. Conte).

Le malade est revu le 29 octobre 66 : il n'y a plus de brûlures ni de dysphagie.

L'examen radiologique du 7 novembre 66 (Dr. Le Canuet) montre un segment oesophagien un peu remanié, une distension du bas-oesophage en procubitus et compression, et une redondance au voisinage du cardia. Cette redondance peut correspondre à la persistance d'une partie du myome. Dans le décubitus, reflux gastro-oesophagien.

Un an plus tard, le malade a quelques aigreurs, calmées par le gelusil, et des douleurs dorsales sans rapport avec la déglutition ou le reflux. Radiologiquement, persistance du remaniement du caractère fibreux du bas-oesophage, avec voussure de la région cardio-tubérositaire, due à une hernie. Sur les bords de cette dernière, lacune correspondant au myome résiduel.

EN RESUME :

Dysphagie récente et modérée chez un homme de 48 ans.

Radiologiquement image lacunaire dans une hernie
hiatale.

Tumeur bénigne affirmée à la gastroscopie.

Cyto-râpe négatif.

Excision d'un myome en fer-à-cheval du cardia, associé
à une malposition cardio-tubérositaire.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION n° 3 :

Madame JAL... Madeleine (dossier B H 66/724), 30 ans, consulte, fin 1966, le Professeur Debray pour des brûlures périodiques de la région rétroxyphoïdienne, avec intervalle libre de plusieurs mois entre les crises. Ces brûlures sont calmées par les aliments; elles surviennent $\frac{1}{2}$ heure après les repas et ce, depuis 5 ans. La malade se plaint, en outre, de ballonnement et de nausées.

Radiologiquement, il est noté un oesophage normal, l'absence de hernie hiatale et, dans la région immédiatement sus-cardiale, une image arrondie bien régulière de 2 cm. de diamètre, refoulant vers le bas l'oesophage abdominal. Sur son bord supéro-externe, elle porte une petite irrégularité faisant penser à une niche. Il s'agit sans doute d'une tumeur bénigne (myome ou schwannome) probablement ulcérée.

La fibroscopie du 21 mars 1967 (Dr. Housset) ne montre à aucun moment une image comparable à l'image radiologique.

Un mois plus tard, sous l'influence du repos, les symptômes ont disparu. Un radiocinéma retrouve cependant en position debout une petite lacune de la région cardiale, des dimensions d'une cerise.

En raison, d'une part de la discordance entre la radiologie et la gastroscopie, et d'autre part de la faible intensité des troubles, on préfère attendre.

La malade n'a pas été revue depuis.

EN RESUME :

Depuis 5 ans brûlures rétroxyphoïdiennes.

Lacune régulière de l'oesophage cardial.

Tumeur bénigne non vue en fibroscopie, mais retrouvée au radiocinéma.

Disparition des troubles après la fibroscopie.

Pas d'intervention : nature histologique de la tumeur non confirmée.

OBSERVATION n° 4 :

Madame EBO... Jeanne (dossier B C 64/427), 38 ans, ressentait depuis 1958 une sensation de constriction épigastrique isolée.

C'est en juin 1962 qu'apparaît une dysphagie survenant au passage de la salive : elle ne dure que 8 jours.

Les radiographies du 9 juin 1962 indiquent la présence d'une image lacunaire de la région cardiale, bien arrondie, bien limitée et circonscrite à droite par un fin liseré baryté.

Une oesophagoscopie poussée jusqu'à 33 cm. ne parvient pas à objectiver la tumeur car elle bute sur une obstruction de la lumière oesophagienne. Elle permet une biopsie qui revient négative.

En octobre 1962, la malade consulte le Dr. Hepp : le radiocinéma confirme l'existence d'une tumeur bénigne, car il montre une double compression de l'oesophage et de la grosse tubérosité. Il semble donc s'agir d'un double nœud.

Ce diagnostic pré-opératoire est confirmé à nouveau par l'intervention faite le 5 février 1963 par le Dr. Hepp :

"L'oesophage est facilement libéré et on découvre sur
"lui la tumeur prévue, qui est du volume de deux petites
"mandarines et qui semble infiltrer presque circulairement
"l'oesophage. Elle intéresse environ 6 à 8 cm. de son sec-
"teur thoracique, descend sur l'oesophage abdominal à tra-
"vers le diaphragme pour infiltrer également la région
"cardio-oesophagienne ... On incise la musculeuse oesopha-
"gienne ... et on parvient assez aisément à énucléer cette

"grosse masse tumorale. Parvenu dans la région cardio-oesophagienne, on ne peut pas éviter d'ouvrir la muqueuse ...
"Excision, après examen histologique extemporané".

L'examen de la pièce, pratiqué par le Dr. Martin, ramène les conclusions suivantes : "Il s'agit effectivement d'un leiomyome bénin, avec de nombreuses zones de transformations scléreuses".

Dans les suites opératoires, apparaissent un épanchement pleural et des brûlures oesophagiennes, dans certaines positions de la malade. Une hernie hiatale avec un petit reflux est retrouvée effectivement au radiocinéma de décembre 1963.

Ces constatations sont confirmées par des radios gastriques que demande le Professeur Debray en avril 1964.

Un traitement médical est alors institué.

EN RESUME :

Dysphagie récente mais brève, chez une femme de 38 ans.

Image lacunaire de la région cardiale sur les radiographies.

Obstruction du bas-oesophage à l'oesophagoscopie.

Excision d'un leiomyome circulaire s'étendant sur 8 cm. de l'oesophage thoracique au cardia.

Reflux dans les suites opératoires.

OBSERVATION n° 5 :

Au début de l'année 1966, Monsieur FPA... Williams (dossier P 2630 C D), âgé de 46 ans, consulte son médecin traitant pour une asthénie importante, accompagnée de pesanteurs épigastriques et de pyrosis.

Dans ses antécédents, on retrouve une hémorragie digestive, en 1945, avec déglobulisation à 1 730 000, peut-être due à la prise d'aspirine en grande quantité pour une grippe.

Sur le transit gastro-duodénal du 2 février 1966, il existe sur les clichés en position verticale de face une image lacunaire de 3 cm. de diamètre, sur la partie interne de la grosse tubérosité; en procubitus-Trendelenbourg-compression, la lacune apparaît dans la hernie hiatale, à sa partie inférieure et droite.

Un radiocinéma confirme la présence d'une tumeur de caractère bénin, se trouvant juste au cardia. L'intérêt de cette tumeur est qu'elle n'est visible que dans certaines conditions : debout, on ne voit rien. La lacune apparaît en procubitus et après distension de la G.T. par insufflation.

Les renseignements étant jugés suffisants, aucune gastroscopie n'est faite.

Malheureusement, le malade refuse l'intervention.

EN RESUME : Asthénie, pyrosis et gêne épigastrique chez un homme de 47 ans.

Lacune à la partie interne de la grosse tubérosité, s'inscrivant dans une hernie hiatale, vue également en radiocinéma.

Intervention différée.

OBSERVATION n° 6 :

Mademoiselle GAU... Yvonne (dossier P 7I3I C D), 38 ans, présente depuis septembre 1966 des brûlures rétro-xyphoïdiennes ascendantes, irrégulières, non rythmées et calmées par les poudres. Quelques douleurs moins intenses avaient précédé ces brûlures auparavant. Aucune dysphagie.

Radiologiquement, une petite lacune arrondie, de la taille d'un pois, est vue au niveau du bas-oesophage. Cet aspect est vérifié en radiocinéma.

L'oesophagoscopie du 13 avril 1967 (Dr. Housset) rapporte les conclusions suivantes : "En remontant l'oesophagoscope au niveau de la pince diaphragmatique, à l'endroit où les plis gastriques s'effacent pour faire place à la muqueuse oesophagienne, on note une image polypoïde très nette ... Il s'agit très vraisemblablement d'un polype et non d'un gros pli. En effet, à plusieurs reprises, on a pu saisir un aspect en battant de cloche très évocateur... Il existe à peu près sûrement une petite hernie".

Le Dr. Pironneau intervient le 27 avril 1967 :

"Après incision médiane sus-ombilicale, libération de la région hiatale et isolement de l'oesophage abdominal. Une gastrotomie longitudinale de la face antérieure de la grosse tubérosité permet d'explorer la région oesophagienne. Le polype est retrouvé facilement : il a l'aspect d'un petit fibrome et la taille d'un petit pois; il siège exactement au niveau du cardia à la jonction du segment postérieur et du segment droit. On procède à l'ablation du polype, avec ligature du pédicule, par des points de Meunier. Après fermeture de la gastrotomie,

"on reconstitue l'angle de His sur 6 cm."

L'examen extemporané (Mme le Dr. Claude Marche) conclut qu'il s'agit d'un papillome du cardia, remanié par des lésions inflammatoires, érosives, sans signe de malignité.

EN RESUME :

Symptomatologie vague, faite de brûlures épigastriques datant de quelques mois.

La lacune, vue en radiologie au niveau du bas-oesophage, correspond à un polype comme le montre l'oesophagoscopie.

Le polype, situé exactement au cardia, s'associe à une petite hernie hiatale. Il a été traité par l'ablation.

Histologiquement, il s'agit d'un papillome bénin.

OBSERVATION n° 7 :

Monsieur BUN... Louis (dossier B H 69/536), 58 ans, est hospitalisé le 17 avril 1969 pour une dysphagie avec amaigrissement. Le début des troubles remonte à mai 1968. La dysphagie est élective pour les solides et se produit au niveau du 1/3 moyen de l'oesophage : après le blocage, le malade ressent un arrêt de la bouchée, puis une sensation de remontée; enfin le passage se fait au bout de quelques secondes. Cette dysphagie s'aggrave progressivement jusqu'en août 1968. En février 1969, le malade n'absorbe plus que des liquides (amaigrissement de 10 Kg).

Il consulte alors le Dr. Leymasios. Les radiographies du 27 février 1969 montrent un défilé irrégulier de la jonction cardio-tubérositaire, et une image en demi-teinte se projetant sur la poche à air.

L'oesophagoscopie (Dr. Housset) montre une lésion ulcérée et sténosante, à 40 cm. des arcades dentaires, juste en aval de la jonction des 2 muqueuses.

La biopsie revient négative.

Le diagnostic pré-opératoire est alors en faveur d'une mitose oesophagienne, devant les indications apportées tant par la clinique que par la radiologie et l'endoscopie.

Malgré la négativité de la biopsie, l'intervention s'impose.

Compte-rendu opératoire (25 avril 1969 : Dr.Nardi) :

"Incision de Sweet. L'exploration ne montre pas de "façon évidente de lésion tumorale ... Après exploration "de la région du cardia et exposition par thoraco-phréno-"laparotomie et dissection de l'oesophage, on note un

"épaississement du cardia qui n'est pas dur et qui donne l'impression d'une infiltration inflammatoire ... L'ouverture du cardia montre une limite oesophagogastrique nette, entre une muqueuse oesophagienne cicatricielle et une muqueuse gastrique inflammatoire. On pratique une opération de Sweet avec "anastomose oesogastrique" et une pyloroplastie".

Les conclusions de l'examen histologique (Dr. Martin) sont les suivantes : "Il s'agit d'une ulcération cardiaque superficielle, relativement ancienne, entraînant d'importants remaniements scléreux et myomateux de la sous-muqueuse. Cette lésion est associée à un petit leiomyome de 5 mm. de diamètre, sur la sous-muqueuse, à 5 mm. au-dessous de la jonction des deux muqueuses".

Les suites opératoires sont identiques à celles observées dans les gastrectomies basses : anorexie constante, dumping syndrome, douleurs abdominales post-prendiales précoces entraînant une restriction alimentaire, causes d'un état nutritionnel médiocre (amaigrissement de 3 Kg.). Pas de brûlures oesophagiennes.

EN RESUME :

Dysphagie datant de 1 an. Amaigrissement de 10 Kg.

Image radiologique évoquant une mitose du pôle supérieur de l'estomac.

Gastroscope en faveur de ce diagnostic. Histologie non concluante.

A ventre ouvert, discordance entre données macroscopiques et radios endoscopiques. Cependant, gastrectomie polaire supérieure.

Histologie : découverte surprenante d'un petit

leiomyome du cardia, associé à un remaniement inflammatoire très important du cardio-oesophage.

Suites opératoires marquées par une altération de l'état général et un dumping syndrome étonnant.

Aucune manifestation de type oesophagitique.

OBSERVATION n° 8 :

Monsieur VILL... Robert (dossier B H 69/218), âgé de 64 ans, consulte en 1969 le Dr. J. Leymarios, pour une dysphagie légère, apparue récemment, sans altération générale associée.

Sur un cliché de l'oesophage, on note à la jonction oesogastrique une lacune régulière.

L'examen fibroscopique (Dr. Housset) est très difficile et n'arrive pas à visualiser la tumeur.

Dans les jours qui suivent ce dernier examen, le malade décède.

A l'autopsie, on retrouve à la jonction oesogastrique, dans la zone sous-muqueuse, un nodule ovalaire de 8 mm. de long, constitué par des faisceaux de longues cellules fusiformes acidophiles, légèrement dissociés par une sclérose intersticielle. Le nodule ne présente aucune anarchie suspecte : il s'agit d'un petit leiomyome bénin. En outre, il existe une ulcération punctiforme au défilé pylorique.

EN RESUME :

Homme de 64 ans présentant une dysphagie peu importante.

Lacune régulière de la jonction oesogastrique.

Décès en cours d'hospitalisation.

Découverte nécropsique d'un petit leiomyome cardial de 3 mm. de long associé à un ulcère pylorique.

TABLEAU RECAPITULATIF DES TUMEURS BENIGNES DU CARDIA

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
1	Observ.n°1	1965	M	46	Dysphagie, régurg. gêne épigastrique	Lacune dans hernie hiatale	Enucléation	Leiomyome	Nodule 3x2 cm.	Diverticule hernie hiat.
2	Observ.n°2	1966	M	48	Dysphagie 1 an Brûlures épigast.	Lacune dans hernie hiatale	Enucléation	Leiomyome	Fer à cheval	Diverticule hernie hiat.
3	Observ.n°3	1966	F	30	Brûlures épigast. 5 ans	Lacune de l'oe- sophage abdom.	Expectative	?	?	-
4	Observ.n°4	1962	F	38	Dysphagie, gêne épigastrique	Lacune de la rég.cardiale	Enucléation	Leiomyome	8 cm.	-
5	Observ.n°5	1966	M	47	Pesanteur épigas. Asthénie	Lacune dans hernie hiatale	Expectative	?	?	Hernie hiat.
6	Observ.n°6	1966	F	38	Brûlures rétro- sternales	Lacune du bas- oesophage	Exérèse de polype	Papillome	-	Hernie hiat.
7	Observ.n°7	1969	M	58	Dysphagie Amaigrissement (10 kg.)	Image pseudo- néoplasique du cardia	Résection oeso- gastrique	Leiomyome Sclérose péri-tumor.	5 mm.	-
8	Observ.n°8	1969	M	64	Dysphagie	Lacune de la rég.cardiale	Autopsie	Leiomyome	8 mm.	Ulçère py- lorique
9	Pichler (74)	1997	M	50			Autopsie	Leiomyome	Nodules multiples	
10	Bryant (17)	1905	M	60			Autopsie	Leiomyome	Moyen nodule	

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
11	Bryant (17)	1905	F	62	Asymptomatique		Autopsie	Leiomyome	Moyen nodule	
12	Orth. (71)	1909	M	27			Autopsie	Leiomyome	Anneau complet	
13	Gajet (31)	1911	F	75	Dysphagie		Autopsie	Leiomyome	Anneau	
14	Milavanovic (63)	1911	M	63			Autopsie	Leiomyome	Moyen nodule	Myome gas- trique
15	Anitschkow (6)	1911	M	62	Asymptomatique		Autopsie	Leiomyome	Moyen nodule	
16	Anitschkow (6)	1911	M	27			Autopsie	Leiomyome	Anneau incomplet	
17	Anitschkow (6)	1911	?	?			Autopsie	Leiomyome	Anneau	
18	Miller (64)	1912	M	20	Asymptomatique		Autopsie	Leiomyome	Anneau incomplet	
19	Milavanovic (63)	1914	M	68	Dysphagie Douleurs rétro- sternales		Autopsie	Leiomyome	Tumeur oeso- gastrique	Multiples
20	Tschlenow (95)	1922	F	71			Autopsie	Leiomyome	Anneau incomplet	
21	Ohsawa (72)	1933	F	43	Dysphagie de 24 ans	Méga- oesophage	Enucléation	Leiomyome	Nodule 1 cm.	Méga- oesophage

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
22	Brock (15)	1942	M	47	Anorexie Dyspnée Amaigrissement	Oesophage dilaté et déformé	Réséction oeso-gas- trique	Leiomyome	Tumeur oeso-gas. 7x10 cm.	
23	Harrington & Moersch (37)	1944	F	56	Douleurs rétro- sternales Dysphagie	Sténose de l'oesophage cardial	Enucléation + Résection	Leiomyome	I90 gr. I5x7x5cm.	Ulcère duo- dénal + hernie hiat.
24	Lanzara (54)	1947	F	49	Dysphagie Amaigrissement	Oesophage di- laté et sténo- sé au cardia	Enucléation + cardiomyotomie	Leiomyome	Petit nodule	Méga- oesophage
25	Kenworthy & Welch (50)	1948	F	56	Amaigrissement Douleurs	Lacune card. Oesophage dilaté	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Tumeur ulcérée IOx3cm.	
26	Manzocchi (60)	1949	F	12	Toux Douleurs Dyspnée	Opacité pul- monaire gauche	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Anneau incomplet 6IO gr.	
27	Harrington (38)	1949	F	19	Dysphagie Douleurs Dyspnée	Oesophage in- férieur dévié à droite	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Anneau complet 8x5x3cm.	Multiples
28	Rossello (83)	1950	M	24	Dysphagie Douleurs Vomissements	1/3 inférieur oesoph. dépla- cé et rétréci	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Petit nodule	
29	Lortat- Jacob (58)	1951	M	34	Dysphagie in- termittente Douleurs	Oesophage déformé et déplacé	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Anneau incomplet Ulcération	

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
30	Gabrielli & Scrosoppi (30)	1951	M	41	Dysphagie Dyspnée	Ombre pulmonaire droite	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	Anneau complet 11 cm.	
31	Goldman & Masters (32)	1952	F	51	Dysphagie Douleurs Vomissements	Oesophage inférieur déformé	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	Anneau complet 10x5cm.	Hernie hiatale
32	Filippini & Battistelli (29)	1952	F	56	Pesanteur épigastrique	Oesophage cardinal sténosé	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	Petits nodules multiples	
33	Schnug (89)	1952	F	50	Dysphagie Douleurs rétro-sternales	Diverticule épiphrénique	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	Ann. compl. calcifié 630 gr.	
34	Auguste (10)	1953	M	27	Dysphagie Douleurs	Lacune cardiale	Exérèse	Adénome		
35	Johnson (47)	1953	M	18	Douleurs Dysphagie	?	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	?	Hernie hiatale
36	Kenney (49)	1953	M	17	Dysphagie Hématémèse	?	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	1420 gr.	
37	Adams & Luria (1)	1954	F	60	Brûlures rétro-sternales	Accrochage baryté sus-cardial	Exérèse limitée	Hémangiome		Hernie hiatale Ulcer gastrique
38	Schops (90)	1958	F	68	Pesanteur épigastrique Amaigrissement	Lacune sur hernie hiatale	Enucléation	Lipome		Hernie hiatale

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
39	Maillet (59)	1959	F	58	Douleurs Hématémèse	Sténose cardiale	Gastrectomie polaire supér.	Leiomyome	Tumeur en haltère	
40	Maillet (59)	1959	?	57	Meloena	Tumeur jux- ta cardiale ulcérée	Gastrectomie polaire supér.	Schwannome	Grosse prune ulcérée	
41	Heully (42)	1959	M	64	Hématémèse	(néant)	Expectative	Polype vu en fibro- scopie		Varices cardio-tu- bérosité.
42	Nemeth & Paliaga (67)	1960	M	27	Douleurs Vomissements Dysphagie	Oesophage di- laté, 1/3 inf. rétréci	Résection oeso-gastrique	Leiomyome	Ann.compl. Tumeur ul- cérée(950g)	
43	Nemeth & Paliaga (67)	1960	M	47	Douleurs Régurgitation	Oesophage car- dial rétréci	Résection 1/3 infér.+ gas- trect.totale	Leiomyome	Anneau incomplet (60 gr.)	Hernie para- oesophag. ulcus gastr.
44	Nemeth & Paliaga (67)	1960	F	37	Dysphagie Anorexie Amaigrissement	Oesophage car- dial rétréci	Enucléation	Leiomyome	Anneau incomplet (45 gr.)	Diverticule épiphre- nique
45	Welti (100)	1960	F	12	Dysphagie Régurgitation	Lacune card. Oesoph.dilaté	Résection oeso-gastrique	Fibrome	Orange (8cm.)	
46	Ayas & Vispo (II)	1960	M	64	Oppression ré- trosternale	Lacune de la grosse tubéro- sité interne	Enucléation	Leiomyome	?	
47	Ayas & Vispo (II)	1960	M	55	Dysphagie Meloena	Oesophage car- dial refoulé Lacune grosse tubérosité	Enucléation	Leiomyome	Tumeur mul- tilobulée ulcérée (17x7x6cm)	

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
48	Albanese & Macroff (4)	1961	M	54	Dysphagie Douleurs	Lacune irrégulière du cardia	Gastrectomie polaire supérieure	Fibrome	Tumeur oesogast. ulcérée	Hernie hiatale
49	Schmidt & Clagett (27)	1961	M	51	Asymptomatique	Tumeur thoracique, oesoph. distal dévié	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	14x2x7 cm.	Hernie hiatale
50	Schmidt & Clagett (27)	1961	F	13	Douleurs Vomissements	Tumeur thoracique, oesoph. dilaté	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	12x10x2,5 cm.	Méga-oesophage
51	Schmidt & Clagett (27)	1961	F	30	Asymptomatique	Masse thoracique, oesoph. dévié	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	7x7x3,5 cm.	
52	Schmidt & Clagett (27)	1961	F	18	Hématémèse	Masse thoracique + oesophage infér. refoulé	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	15x12x10 cm. (820 gr.)	Hernie hiatale, Myome pubien
53	Cornet (22)	1961	F	23	Dysphagie Amaigrissement	Masse thoracique, mégaoesophage	Réséction oeso-gastrique	Fibrome	Prune 8x3 cm.	Méga-oesophage
54	Rogozkina (22)	1963	?	59	Douleurs Amaigrissement Meloena	Lacune cardiale	Réséction oeso-gastrique	Leiomyome	Tumeur ulcérée 4x4 cm.	
55	Herrington (40)	1964	?	41	Douleurs épigastriques	Radiologie normale	Vagotomie + Enucléation	Leiomyome	Tumeur vermi-forme 8x1,5 cm.	Ulcus duodénal

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
56	Razenon & coll. (78)	1964	F	43	Amaigrissement Dysphagie Douleurs épigas.	Lacune oesophage cardiaal	Enucléation	Kyste		
57	Herrington (40)	1964	M	45	Douleurs Pyrosis Hématémèse	Hernie hiatale	Enucléation	Leiomyome	Tumeur fusiforme oeso-gast.	Hernie hiatale
58	Brombart (16)	1966	F	57	Douleurs Pyrosis	Lacune de l'oesophage cardiaal	Exérèse à la pince	Papillome		
59	Brombart (16)	1966	F	44	Asymptomatique	Lacune de l'oesophage cardiaal	Exérèse à la pince	Polype sous-muqueux		
60	Cupalo (24)	1967	?	19	Dysphagie Dyspnée Amaigrissement	Oesophage dilaté et dévié, I/3 infér. rétréci	Réséction	Leiomyome	14x9x5 cm.	Méga-oesophage
61	Schmidt & Loockwood (88)	1967	M	61	Dysphagie Amaigrissement	Lacune de l'oesophage cardiaal	Exérèse limitée	Polype	3x4x4 cm.	
62	Schmidt & Loockwood (88)	1967	F	42	Douleurs épigastriques	Lacune de l'oesophage cardiaal	Enucléation	Leiomyome	3x3x3cm.	
63	Schmidt & Loockwood (88)	1967	M	50	Dysphagie Amaigrissement	Méga-oesophage	Enucléation	Leiomyome		Méga-oesophage
64	Lescut (55)	1969	M	47	Dyspepsie Douleurs	Lacune de l'oesophage cardiaal	Enucléation	Lipome		

Cas	Auteurs	Année	Sexe	Age	Symptomatologie	Radiologie	Intervention	Histologie	Forme	Association
65	Mouchet (65)	1969	F	20	Dysphagie Dyspnée	Méga-oesophage Opacité pulmonaire	Gastrectomie polaire supérieure	Leiomyome	750 gr.	Méga-oesophage
66	Hivet (43)	1970	M	34	Douleurs épi-gastriques, Amaigrissement (12 Kg.)	Refoulement régulier des plis du cardia	Enucléation	Leiomyome	2 cm.	

ETIOLOGIE - FREQUENCE

Les tumeurs bénignes du cardia sont exceptionnelles : nous n'avons trouvé dans la littérature que 58 observations, dont 12 cas d'autopsies, chiffres certainement inférieurs à la réalité en raison de l'absence de publication systématique.

A ces cas relevés dans la littérature s'ajoutent nos 8 cas personnels, lesquels ont été observés dans le service et la clientèle du Professeur Charles Debray durant un laps de temps de 5 ans.

Nous étudierons successivement la fréquence des tumeurs bénignes de l'oesophage, la fréquence de leur localisation au cardia, la fréquence des T.B.C. par rapport à l'ensemble des tumeurs du cardia.

Puis sera envisagée la répartition des T.B.C. selon l'âge et le sexe des patients. La fréquence des types histologiques sera, elle, étudiée au chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

I.- FREQUENCE DES TUMEURS BENIGNES DE L'OESOPHAGE (T.B.O.).

Comme l'indiquent les statistiques d'autopsies et celles portant sur des cas cliniques, les T.B.O. sont d'une grande rareté.

Ainsi, en 1944, sur une série de 7 459 autopsies, il est trouvé 44 T.B.O. dont 32 leiomyomes, soit un pourcentage de 0,5% (37).

Trois ans plus tard, sur un nombre à peu près égal d'autopsies (6 300), la fréquence constatée est de 0,17 % (26).

Des statistiques d'autopsies plus récentes montrent des chiffres de fréquence à peu près identiques :

- C'est ainsi qu'en 1962 le New York Medical College rassemble, sur une période de 50 ans, 85 T.B.O. sur 19 982 autopsies, soit 0,4 % (75).

- De même, en 1968, Attah et Hajdu (9) colligent 26 T.B.O. sur 14 451 autopsies, soit 0,17 %.

La fréquence des cas d'autopsies varie donc entre 0,17 et 0,5 %.

Quant à la fréquence clinique, elle est plus faible encore, puisqu'en 1944 Moersch et Harrington (37) ne trouvent que 6 T.B.O. sur 11 000 malades se plaignant de dysphagie.

II.- FREQUENCE DE LA LOCALISATION CARDIALE DES T.B.O.

S'il est exceptionnel de découvrir une T.B.O., il est encore plus rare d'en trouver une siégeant au cardia.

Les fréquences données sont variables :

- sur 105 T.B.O., Postlewaith (76) note 7 localisations à l'oesophage cardial, soit 6 %. La fréquence donnée par Storey et Adams (92) est supérieure : 13,1 % (11 T.B.C. sur 84 T.B.O.) alors que celle trouvée par Lewis et Maxfield (56) est de 8 % (9 T.B.C. sur 119 T.B.O.).

Pour notre part, en nous basant sur le chiffre de 500 T.B.O. dénombré par Lallemant (53) jusqu'en 1965, nous trouvons un pourcentage de 9,4 % car nous avons colligé, à cette même date, 47 T.B.C.

La fréquence de la localisation cardiaque des T.B.C. varie donc entre 6 et 13 %.

III.- FREQUENCE DES T.B.C. PAR RAPPORT AUX TUMEURS MALIGNES DU CARDIA.

Cette fréquence est difficile à préciser.

Filippini et coll. (29), entre 1945 et 1950, ont découvert 25 tumeurs cardiaques dont 24 sont des cancers et une seule est une tumeur bénigne, soit 4 T.B.C. pour 100 tumeurs cardiaques.

Ce chiffre de 4 % est à peu près le rapport entre tumeurs bénignes et tumeurs malignes au niveau de l'estomac. Par contre, cliniquement, il est noté moins de 1 % de tumeurs de l'oesophage qui soient bénignes : 2 leiomyomes pour 246 cancers (21).

En fait, la valeur de ces statistiques est très aléatoire quand il s'agit de tumeurs bénignes car celles-ci passent souvent inaperçues : les statistiques d'autopsies indiquent en effet 20 tumeurs bénignes sur 100 tumeurs de l'oesophage (9, 75). Cet écart de fréquence est bien la preuve de leur latence.

IV.- REPARTITION DES T.B.C. EN FONCTION DE L'AGE.

Les cas de T.B.C. dont l'âge est connu sont ainsi répartis :

de 11 à 20 ans	:	9 cas
de 21 à 30 ans	:	8 cas
de 31 à 40 ans	:	5 cas
de 41 à 50 ans	:	16 cas
de 51 à 60 ans	:	15 cas
de 61 à 70 ans	:	9 cas
de 71 à 80 ans	:	2 cas.

Dans la majorité des observations de la littérature, l'âge des malades varie entre 40 et 60 ans. L'âge moyen est de 42,5 ans.

C'est un chiffre approchant que nous obtenons dans nos observations puisque l'âge moyen trouvé est de 45 ans.

En fait, les T.B.C. doivent débiter à un âge plus précoce car bien souvent leur symptomatologie ne s'exprime qu'à partir d'un certain volume tumoral.

Si la grande majorité des T.B.C. se manifeste à l'âge moyen de la vie, il faut noter la rareté des cas entre 31 et 40 ans et une certaine fréquence de cas diagnostiqués soit chez des vieillards, soit plus souvent chez des adolescents.

- Les formes du sujet âgé concernaient des tumeurs bénignes, de petit volume pour la plupart, qui furent facilement énucléées lorsqu'elles ne furent pas des découvertes d'autopsie.

- Les formes du sujet jeune : dans un certain nombre de cas, ces tumeurs se révèlent pendant l'adolescence : ainsi les patients de Manzocchi (60), Johnson (47), Kenney (49), Cupalo (24) et Mouchet (65) ont-ils respectivement 12, 17, 18, 19 et 20 ans. Le point commun de ces observations est le poids très élevé des leiomyomes (Kenney 1 400 gr., Mouchet 750 gr., Manzocchi 610 gr.) ce qui suppose un début tumoral bien plus précoce. Le volume important de ces formes entraîna dans tous les cas une gastrectomie polaire supérieure. Notons également que 2 cas de fibromes sur 3 débutèrent à l'adolescence (22, 100).

V.- REPARTITION SUIVANT LE SEXE.

La prédominance masculine observée dans les tumeurs malignes de l'oesophage, retrouvée dans une moindre mesure dans les T.B.O. (68 % de cas masculins, 32 % de cas féminins selon Goyer (33) ne se voit pas dans les T.B.C. : ainsi, à l'examen de la

littérature, sur 48 cas où le sexe a été précisé, on note 27 hommes et 23 femmes.

Nos observations personnelles comprennent 5 hommes et 3 femmes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE



I.- DEFINITION D'UNE TUMEUR BENIGNE.

On entend par tumeur bénigne une formation liée à l'hyper-trophie localisée d'un tissu, survenant après la naissance, et constituée de cellules semblables aux cellules normales. Ces tumeurs n'essaient pas, ne récidivent pas après ablation. Malgré leur caractère acquis, elles sont en général de cause inconnue (53).

II.- FREQUENCE DES ASPECTS HISTOLOGIQUES DES T.B.C.

Si les T.B.C. ont une symptomatologie clinique et radiologique voisine, leur nature histologique est très variée, et seul l'examen histologique permet de les identifier avec précision.

On les classe soit selon leur siège en tumeurs muqueuses ou tumeurs extra-muqueuses, soit selon leur tissu d'origine en tumeurs épithéliales, conjonctives et dysembryoplasiques.

La fréquence respective des différents types histologiques des T.B.C. est rapportée dans le tableau suivant, où sont groupées tant les observations recueillies dans la littérature (58 cas) que nos observations personnelles.

		Cas publiés	Cas personnels	Pourcentage sur 64 cas
Tumeurs épithéliales	(Adénomes	1		1,5 %
	(Papillomes	1	1	3 %
Tumeurs conjonctives	(Leiomyomes	45	5	78 %
	(Fibromes	3		4,5 %
	(Schwannomes	1		1,5 %
	(Lipomes	2		3 %
	(Hemangiomes	1		1,5 %
	(Polypes fi-			
	(bro-inflam.	3		4,5 %
Tumeurs dysembrio-plasiques	(Kystes	1		1,5 %
	(			
Tumeurs non identifiées			2	

On voit que les T.B.C. peuvent se développer aux dépens de tous les tissus existant au niveau du cardia et que les leiomyomes en constituent la grande majorité.

III.- TYPES HISTOLOGIQUES DES T.B.C.

A/ LEIOMYOMES.

Ces tumeurs, représentant 78 % des T.B.C., sont nettement plus fréquentes au cardia que sur le reste de l'oesophage, puisque Plachta (75) dénombre 51 % de leiomyomes sur 432 tumeurs bénignes oesophagiennes.

1 - Aspects macroscopiques :

Les leiomyomes de la jonction oesogastrique sont de taille, de forme et d'extension variables.

- Leur taille va de celle d'un petit pois (obs.n° 7, obs.n° 8, 54) au volume d'une grosse orange, plus fréquemment. Cependant, des tumeurs monstrueuses, allant de 650 gr. à 1 400 gr. (obs. de Kenney) ne sont pas exceptionnelles : ainsi, 6 observations révèlent des tumeurs d'un poids supérieur à 600 grammes (Manzocchi (60) : 610 gr., Schnug (89) : 630 gr., Kenney (49) : 1 420 gr., Nemeth (67) : 950 gr., Clagett (87) : 820 gr. et Mouchet (65) : 750 gr.)

- Leur forme est également variable : ils peuvent être nodulaires, ovalaires, fusiformes (50) mais le plus souvent ils ont tendance à se développer tangentiellement et à entourer l'oesophage d'un anneau qui ne se trouve être complet que dans un petit nombre de cas (30, 31, 32, 38, 68, 71, 89). Toutes ces formes sont sessiles, à l'exception de celle décrite par Gajet (31).

Manzocchi (60) fait une distinction entre les leiomyomes concentriques et ceux nodulaires.

a/ Formes concentriques :

Elles prennent la place de la couche musculaire normale, rétrécissant la lumière oesophagienne. La muqueuse reste longtemps intègre, à moins que la paroi cardiale n'évolue précocement vers l'ulcération.

b/ Formes nodulaires :

Se développant dans la sous-muqueuse, elles sont encapsulées et donc facilement énucléables. La nécrose et l'ulcération de la muqueuse sont fréquentes. La surface tumorale, régulière dans les petites tumeurs, est au contraire irrégulière

dans les tumeurs plus grosses, devenant mamelonnée ou lobulée.

- Extension :

Les tumeurs s'étendent soit vers l'oesophage, soit vers l'estomac (30, 37, 57). Leur développement peut également se faire vers la lumière oesophagienne ou vers la sphère périsplénique; dans ce dernier cas la tumeur comprime les organes thoraciques adjacents et peut atteindre un volume considérable.

Les leiomyomes uniques sont, de loin, les plus fréquents puisque des tumeurs cardiaques multiples ne furent notées que dans 4 cas (29, 63, 74, 83).

2 - Aspects histologiques.

Les leiomyomes sont formés par des faisceaux entrecroisés de grandes cellules fusiformes, à cytoplasme légèrement oesinophile. Leurs noyaux sont peu colorables et sans disposition palissadique.

L'examen microscopique peut mettre en évidence des zones de dégénérescence, de nécrose, d'oedèmes qui dissocient les éléments cellulaires, rendant malaisée la distinction de ces leiomyomes avec d'autres types de tumeurs conjonctives. Ces altérations cytologiques rendent également difficile la recherche des caractères de malignité.

Cette question, d'une incidence thérapeutique d'importance, est discutée : certains auteurs estiment que les leiomyomes ne dégèrent jamais et que l'intervention n'est, de ce fait, pas obligatoire, si tout-au-moins la tumeur n'entraîne pas une symptomatologie gênante; ils conseillent donc, dans les lésions de petite taille, l'abstention sous surveillance. Cependant, bien que nous ne connaissions pas de cas de dégénérescence de T.B.C. dûment prouvé, on ne peut être sûr de la

bénignité tumorale qu'après examen histologique de toute la pièce opératoire. C'est également l'opinion de Storey et Adams (92) qui estiment que "si ces tumeurs restent invariablement "bénignes, la moindre chance de transformation maligne rend "la politique de laisser-faire difficile à défendre".

B/ AUTRES TYPES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE T.B.C.

Ces types de T.B.C. constituent 22 % de l'ensemble des tumeurs et comprennent, comme le montre notre tableau ci-dessus, des types histologiques variés, tels que fibromes, polypes fibro-inflammatoires, adénomes, papillomes, etc...

a/ LES FIBROMES : (4, 22, 100)

Macroscopiquement, rien ne permet de différencier un fibrome d'un leiomyome ou d'un schwannome. Tumeur ferme, dense, homogène, elle est nettement distincte du tissu oesophagien et peut se développer aux dépens du tissu musculaire ou de la sous-muqueuse. Son énucléation dépend de l'existence d'un plan de clivage : celui-ci, présent dans l'observation de Cornet (22), ne l'est pas dans le cas de Welti (100).

Histologiquement, le fibrome est formé par des cellules plus courtes, plus basophiles et plus denses que celles d'un leiomyome. De vascularisation pauvre, ces tumeurs peuvent être remaniées par des fibres collagènes.

b/ LES POLYPES FIBRO-INFLAMMATOIRES :

Ils représentent 3 cas dans notre statistique (16,42, 88).

Macroscopie : Se développant sur la muqueuse, ils se pédiculisent fréquemment et, à la coupe, leur tranche de section est blanchâtre et charnue.

Histologiquement : la tumeur est faite d'un feutrage

important de fibres conjonctives et réticuliniques. On note des histiocytes, des lymphocytes et surtout de nombreux eosinophiles. En surface la muqueuse peut être érodée; en profondeur le polype est nettement séparé de la musculieuse. Leur dégénérescence est exceptionnelle (66), mais l'indication opératoire est formelle en raison du risque d'obstruction totale de l'oesophage (53).

c/ ADENOMES :

Les adénomes pédiculés du cardia sont très rares : Rienet et Broders ont trouvé, sur 142 adénomes gastriques, 6 cas de sièges cardiaux ou sous-cardiaux. Auguste (10) en a publié un cas authentique, mais dans la plupart des publications il s'agit, en fait, de tumeurs de la grosse tubérosité. Ainsi, dans l'observation de Merlier (62), la lésion refoule en avant l'oesophage cardinal sans l'envahir.

Le risque évolutif majeur de ces adénomes étant l'apparition d'un épithélioma à leur niveau, leur traitement ne peut être que chirurgical.

d/ PAPILLOMES :

L'existence de papillomes oesophagiens est discutée. Elle est contestée par Stout qui estime que de telles tumeurs sont en fait le résultat de processus inflammatoires avec hyperplasie muqueuse où les plis oesophagiens prennent un aspect papillaire. Cette opinion est partagée par Adler (2) qui pense que le diagnostic de papillomes oesophagiens doit être fait après un examen histologique post-opératoire, et non sur l'examen de la pièce de biopsie prélevée après endoscopie.

Ce même auteur rapporte, en effet, 4 cas où la biopsie endoscopique conclut à un papillome cardinal qui ne traduit

sait, en fait, qu'une lésion inflammatoire sus-jacente à un cancer oesophagien insoupçonné.

Palmer (73) estime que la hernie hiatale peut être responsable de l'apparition d'un papillome, par l'oesophagite peptique qu'elle entraîne.

Une confusion histologique entre papillome et lésion inflammatoire oesophagienne peut être à l'origine d'une telle opinion.

IV.- RETENTISSEMENT DES T.B.C. SUR L'OESOPHAGE.

1/ Les T.B.C. entraînent fréquemment une dilatation plus ou moins importante de l'oesophage, dilatation qui est fonction de l'ancienneté de la T.B.C. : ainsi dans les cas d'Ohsawa (72) et de Cupalo (24), les T.B.C. vieilles respectivement de 24 ans et 11 ans, entraînaient des méga-oesophages très prononcés. Cette distension de l'oesophage en amont peut en imposer pour un méga-oesophage idiopathique, tout particulièrement lorsque la T.B.C. responsable est d'une taille réduite (Lanzara (54) : 1 cm., Ohsawa (72 : 1 cm.) Après examen attentif des radiographies dans ces deux derniers cas les auteurs ont estimé qu'il s'agissait d'un véritable cardiospasme, le volume de la tumeur n'étant pas suffisant pour entraîner une sténose cardiale.

2/ Lorsque la paroi oesophagienne et les tissus voisins de la T.B.C. sont le siège de réactions inflammatoires importantes, le diagnostic de T.B.C. n'est pas évoqué. Ces réactions inflammatoires majorent le volume de la tumeur. Ainsi, dans notre observation n° 7, le leiomyome, qui n'a que 5 mm. de diamètre, s'accompagne d'un important remaniement scléreux et myomateux de la sous-muqueuse, avec ulcéra-

tion cardiale superficielle. Devant une telle lésion à l'aspect néoplasique, une oesogastrectomie polaire supérieure parut justifiée. La connaissance de l'association de telles lésions inflammatoires à une tumeur bénigne aurait pu éviter cette intervention et ses suites opératoires.

De même, dans le cas rapporté par Cornet (22), le processus tumoral avait le volume d'un poing alors que le fibrome n'avait que 3x8 cm. L'aspect macroscopique tumoral entraîna une gastrectomie polaire supérieure; ce n'est que sur le vu de la pièce opératoire a posteriori que le fibrome, alors diagnostiqué, fut jugé énucléable.

V.- LES LESIONS ASSOCIEES.

1/ La hernie hiatale est l'association la plus fréquemment rencontrée (trois de nos observations la signalent, ainsi que dix cas de la littérature).

Il est intéressant de noter à ce propos les multiples hypothèses soulevées par l'association de la hernie à une affection maligne du carrefour oesophagien.

Certains auteurs estiment que la hernie, par l'irritation continue qu'elle entraîne, peut être responsable du développement de la tumeur. D'autres pensent au contraire que la tumeur, par suite des contractions de la musculature longitudinale de l'oesophage qu'elle provoque, serait à l'origine de la hernie. Autre hypothèse formulée : l'élargissement de l'hiatus diaphragmatique dû à la tumeur prédisposerait à la formation de la hernie hiatale.

L'association hernie hiatale/T.B.C. pourrait soulever les mêmes suppositions. Toutefois, une prise de position est d'autant plus hasardeuse que l'on sait la fréquence des

hernies qui atteignent un individu sur trois.

2/ Les diverticules de l'oesophage ont été trouvés associés à une T.B.C. dans deux de nos observations. Lueders a retrouvé huit cas d'association sur 100 leiomyomes oesophagiens.

Là encore, des hypothèses sur l'origine mécanique de tels diverticules ont été soulevées (67).

3/ L'association à un ulcère gastrique ou duodénal, retrouvée dans quatre cas, ne mérite pas d'interprétation particulière.

EN RESUME :

Nous pourrions retenir de cette étude anatomo-pathologique la grande fréquence des leiomyomes, leur taille parfois monstrueuse, leur dégénérescence discutable, la possibilité de réactions inflammatoires péri-lésionnelles, pseudo-néoplasiques, enfin la fréquence de lésions associées pouvant masquer la T.B.C.

SYMPTOMATOLOGIE

==

Quel que soit le type anatomo-pathologique de la tumeur bénigne, le tableau clinique n'est jamais stéréotypé. En effet, l'expression clinique des T.B.C. est variable, leurs manifestations polymorphes, vagues, peu évocatrices mais cependant rarement absentes.

Cette absence de spécificité ne doit pas laisser méconnaître les T.B.C. Leur diagnostic doit être précoce, avant qu'un développement tumoral important n'entraîne une intervention mutilante du cardia.

Nous étudierons successivement dans ce chapitre les signes révélateurs des T.B.C. : troubles digestifs, troubles généraux, troubles respiratoires, et les tumeurs bénignes latentes.

A.- TROUBLES DIGESTIFS.

Ils sont les plus fréquents et dominés par les signes d'altération du transit oesophagien.

1/ La dysphagie se retrouve dans 5 de nos 8 observations et toutes cinq correspondent à des leiomyomes. Une proportion légèrement inférieure se retrouve dans la littérature (25 dysphagies sur 58 cas). Ce symptôme n'est pas dû à la position de la tumeur dans ce segment rétréci qu'est le cardia puisque la proportion retrouvée par Storey et Adams (92) sur 236 leiomyomes oesophagiens est presque identique (53,6 %).

La dysphagie revêt tous les types : de la simple sensation

d'accrochage lors de l'absorption d'aliments solides (obs.n° 2) à l'aphagie complète (27); elle peut être paradoxale, survenant à la déglutition de la salive (obs.n° 4, 54, 65), céder aux massages de la région épigastrique ou même disparaître à l'adoption d'une diète liquide.

Rarement isolée (obs.n° 7, 27, 31, 67, 72) elle s'associe le plus souvent à d'autres troubles.

Son évolution est lente, constante et progressive (obs.n° 1 et 7) ou bien au contraire a un caractère épisodique.

Parfois récente, son apparition peut aussi bien remonter à quelques mois ou à quelques années (en moyenne : 5 ans). Elle est parfois très ancienne, vieille de 10 à 25 ans.

Ces derniers cas concernent, curieusement, des adolescents : ainsi le patient de Cupalo (24) présentait depuis l'âge de 8 ans une dysphagie et ce ne fut que 12 ans plus tard que fut découverte une tumeur de la taille d'une grosse orange, avec une importante dilatation sus-jacente de l'oesophage. La gastrectomie polaire supérieure qui fut pratiquée aurait pu être évitée si un diagnostic exact avait été porté 12 ans plus tôt alors que la tumeur, de faible volume, aurait pu être énucléée.

Les observations de Mouchet (65), Cornet (22) et Ohsawa (72) présentaient les mêmes caractéristiques que le cas précédent : ancienneté de la dysphagie, jeunesse du patient, présence de tumeur volumineuse avec dilatation de l'oesophage, traitement par gastrectomie polaire supérieure.

Ces caractères individualisent bien une forme de T.B.C. du sujet jeune, où ancienneté de la dysphagie et jeunesse du patient sont doublement évocateurs d'une lésion bénigne.

Il n'existe pas de relation précise entre le caractère de

la dysphagie et le volume de la tumeur. Certaines tumeurs volumineuses n'entraînent aucune symptomatologie (64) alors que des leiomyomes de la taille d'un petit pois peuvent s'accompagner d'une dysphagie tenace (54, 72).

Nemeth et Paliaga (67) estiment que la dysphagie est due non pas tant à l'obstruction intraluminaire qu'à la transformation du cardia en un segment béant et rigide.

2/ Tantôt épigastriques, tantôt rétrosternales, les douleurs, qui varient d'un sujet à l'autre, précèdent fréquemment de quelques années l'apparition de la dysphagie.

A leur début, leur présence peut être attribuée à une hernie hiatale ou à un ulcère gastro-duodénal associés à une T.B.C. de faible volume (1, 67). La faible compression de telles tumeurs sur le cardia empêche toute reconnaissance précoce, l'exploration radiologique de cette région étant, de plus, souvent négligée.

Ce n'est bien souvent qu'après plusieurs années (Filippini (29) : 5 ans, Nemeth et Paliaga (67) : 4 et 9 ans) que la modification de la clinique - amaigrissement ou dysphagie - ou de la radiologie entraîne l'intervention. La tumeur est alors trop volumineuse pour une simple énucléation.

Kolossev (51) a signalé la prédominance de la douleur sur la dysphagie. En fait, les deux symptômes sont pratiquement d'égale fréquence (27 dysphagies et 35 cas douloureux) et se présentent souvent de pair.

A noter que les tumeurs bénignes, non myomateuses, provoquent parfois des douleurs isolées (obs.n° 6, 16, 55). Il existe en fait peu de relation entre le tableau clinique et le type histologique des T.B.C. de l'oesophage.

3/ Les hémorragies digestives n'ont été observées dans aucun de nos cas. Dans la littérature, 8 observations sur 58 les mentionnent : dans 5 de ces cas il s'agissait d'hématémèse (37, 42, 49, 59, 87) et dans 3 cas de méloena (11, 59, 82).

Les T.B.C. se manifestent par des hémorragies digestives dans 11 % des cas, à la différence des tumeurs bénignes gastriques qui, elles, saignent dans 50 % des cas.

Révélatrice de la T.B.C., la perte sanguine est d'abondance variable :

- elle peut être occulte, révélée par une anémie cryptogénétique (signe plus particulier d'une tumeur muqueuse du cardia) -

- elle peut également être sévère, comme dans un cas de Maillet (59) où elle nécessita d'urgence une ligature de la coronaire stomacale. Vue alors, la T.B.C. fut enlevée dans un second temps.

En fait, le plus souvent, les perfusions permettent de compenser la perte sanguine et d'attendre l'exploration radiologique.

Etiologiquement, l'hémorragie est due à l'ulcération de la tumeur par usure mécanique ou ischémie de la muqueuse. Il faut noter le rôle déclenchant de l'aspirine dans une observation de Maillet (59).

Cependant, les lésions ulcérées ne s'accompagnent pas forcément d'hémorragie (15, 50, 58). De même, l'hémorragie ne suppose pas obligatoirement une lésion ulcérée; dans ce dernier cas, il est permis de se demander si la hernie hiatale ou l'ulcus bulbaire associé ne sont pas à l'origine du saignement.

4/ D'autres troubles digestifs, tels que vomissements,

éructations, pyrosis, troubles dyspeptiques peuvent, de même, être imputés à la présence de la hernie hiatale.

B.- TROUBLES DE L'ETAT GENERAL.

L'altération de l'état général est cause d'erreurs fréquentes dans le diagnostic pré-opératoire. En effet, l'amaigrissement impressionnant (obs.n° 7 : 10 Kg., 88 : 14 Kg.) associé constamment à une dysphagie, plus rarement à une asthénie, anémie, fièvre ou anorexie, conduit fatalement au diagnostic de tumeur maligne.

Paradoxalement, il peut arriver que l'amaigrissement soit isolé, sans dysphagie aucune : le contraste existant alors entre l'intensité de l'altération de l'état général et l'existence radiologique d'une T.B.C. peut entraîner un complément d'investigation pouvant aller jusqu'à l'artériographie sélective du tronc coeliaque (43).

C.- TROUBLES RESPIRATOIRES.

La toux (54, 60), la dyspnée (15, 24, 30, 37, 60, 67) dues à de volumineuses tumeurs à développement médiastinal peuvent fausser le diagnostic si la radiographie pulmonaire n'est pas suivie d'un transit baryté.

D.- LES TUMEURS BENIGNES LATENTES.

Ces tumeurs sont découvertes soit à l'occasion d'une radiographie pulmonaire systématique (87), soit lors d'une intervention sur la région cardio-tubérositaire (40) : -vagotomie pour ulcère duodénal, intervention sur hernie hiatale - soit au cours d'une autopsie (10 cas), soit enfin lors d'une recherche de hernie hiatale.

Les tumeurs bénignes implantées sur le versant gastrique

du cardia seraient latentes car implantées dans une zone péristaltique (59). Une dysphagie en cet endroit serait un signe indiquant une dégénérescence (80).

EN CONCLUSION : les symptômes des T.B.C. peuvent être répartis en deux groupes :

- un groupe évocateur d'une lésion oesophagienne (dysphagie, douleurs à la déglutition, régurgitation);

- un second groupe à une symptomatologie plus vague (troubles dyspeptiques, anorexie, anémie, signes pulmonaires) où l'on risque de laisser passer une lésion de la région cardiaque en se rassurant devant un bilan radiologique normal où l'étude du cardia est escamotée, et qui n'a pas été complétée par un radiocinéma.

Seul un examen systématique et minutieux du cardia, lors de tout transit baryté oeso-gastro-duodénal, permettra un dépistage plus fréquent et plus précoce des T.B.C.

RADIOLOGIE

==

Différents obstacles s'opposent à un examen radiologique soigneux de ce carrefour digestif complexe qu'est le cardia. Ces difficultés sont d'ordre physiologique et anatomique.

Dans cette région, le transit baryté, rapide, ne peut être freiné ni par des moyens de compression, en raison de l'interposition du gril costal, ni par des agents pharmaco-dynamiques, inefficaces au cardia.

L'étude radiologique est compliquée également par la situation dans des plans différents des éléments anatomiques constitutifs du cardia.

Enfin le siège et le développement extra-muqueux de la majeure partie des tumeurs bénignes du cardia, ainsi que leur petite taille, accroissent les difficultés radiologiques.

Afin de pallier à ces obstacles, il sera indispensable d'effectuer, selon des règles précises, un examen radiologique de l'estomac, suivi de techniques spéciales permettant le dégagement du cardia.

A.- L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Il va se dérouler en deux temps :

1/ En premier lieu, l'examen radioscopique analyse la vitesse et la direction du transit cardial et permet de détecter un accrochage de la baryte (découverte d'un hémangiome cardial (1).

Il donne également le moyen de découvrir la meilleure

incidence : l'orifice cardial est examiné en position verticale, de face. puis en faisant tourner le patient. On cherchera ensuite en plaçant le malade en procubitus à visualiser le profil du cardia, puis à dégager celui-ci du rachis en fixant l'ombre du bas-oesophage dans la clarté de la poche à air.

2/ Dans un deuxième temps, on essayera d'obtenir des images en réplétion de l'oesophage abdominal, en utilisant de la bouillie épaisse et en plaçant le malade soit debout en oblique antérieure droite, soit mieux en procubitus et oblique antérieure droite.

Les clichés debout de face étudient l'angle interne de la grosse tubérosité. Quant aux clichés en décubitus, ils sont décevants car cette position fait basculer la grosse tubérosité sur le cardia.

En fait, comme l'affirme Brombart et coll. (16), il n'existe pas d'incidence préférentielle standardisée, celle-ci devant être recherchée par la rotation du malade debout.

B.- TECHNIQUES SPECIALES.

Elles sont nécessaires en raison de l'insuffisance de l'examen standard.

1/ Deux techniques s'attachent à l'étude de l'oesophage abdominal, étude rendue difficile par la superposition des derniers centimètres de l'oesophage avec la petite courbure haute :

a/ l'insufflation transit consiste, après une insufflation soit par ingestion d'eau gazeuse, soit par sonde, en une prise de clichés en oblique antérieure droite, debout ou procubitus;

b/ les clichés de profil sont réalisés avec un malade debout et penché en avant.

2/ Une autre technique étudie l'entonnoir cardial : celui-ci est visualisé par une méthode dérivée du procédé de A. Jutras qui consiste à effectuer, en début d'examen, des sériographies lors de la déglutition de petites gorgées de baryte (malade debout et en O.A.D.). On obtient ainsi des plis parallèles entre eux au niveau du bas-oesophage. Ces plis prennent des aspects variables au-dessous du cardia, le plus typique étant l'aspect "en burnous".

3/ Techniques relatives à l'étude des portions voisines de l'entonnoir :

- L'angle interne de la grosse tubérosité et la portion des faces avoisinant l'épanouissement de l'entonnoir cardial sont bien vus par des clichés debout, de face ou encore par pariétographie associant pneumopéritoine et insufflation gastrique.

- La petite courbure sous-cardiale est bien vue par la technique du rayon oblique à 45° de R. Le Canuet.

4/ Signalons l'intérêt de l'inhalation de nitrite d'amyle devant l'existence d'un élément spasmodique du cardia.

5/ L'étude sera terminée par la recherche d'une hernie hiatale.

C.- DESCRIPTIONS RADIOLOGIQUES DES T.B.C.

Nous avons dénombré dans la littérature 45 descriptions radiologiques. Bien qu'elles ne soient pas toutes décrites dans des termes précis et pas toujours accompagnées d'iconographies, nous avons essayé, en reprenant la classification introduite par J.P. Hardouin (35) de les répartir en 4 catégories :

- images lacunaires endo-oesophagiennes;
- méga-oesophages;
- images pseudo-néoplasiques;
- refoulement de l'oesophage cardial.

Les lésions radiologiques associées aux T.B.C. seront ensuite étudiées.

1/ Images lacunaires endo-oesophagiennes :

Nous avons relevé 15 images lacunaires dans les observations de la littérature, et 7 images lacunaires dans nos huit observations. Ces lacunes sont variables dans leur aspect, leur siège et leur taille.

a/ Aspect :

En l'absence d'obstruction oesophagienne, de face la baryte décrit une lacune à bords arrondis et réguliers. De profil, cette lacune est soit sessile (obs.n°s 1 et 3), soit pédiculée (obs.n° 6). Elle refoule parfois de façon arciforme un des plis de la muqueuse oesocardiale vue en incidences obliques (43). En radioscopie, la baryte la contourne. Si la lumière oesophagienne est obstruée, la baryte moule le pôle supérieur de la T.B.C. et s'infiltre sur un ou deux bords, réalisant une lacune dont les pôles supérieurs et inférieurs sont cernés par de petits éperons barytés; au maximum ces derniers se rejoignent et réalisent un fin liseré fermant la lacune, liseré typique de tumeur bénigne (obs.n° 4).

b/ Siège :

Ces lacunes siègent le plus souvent sur l'oesophage abdominal, plus rarement sur l'entonnoir cardial ou sur l'angle interne de la grosse tubérosité. Elles sont particulièrement nettes après insufflation de la grosse tubérosité (obs.n° 5). A l'angle interne de la grosse tubérosité, la T.B.C. réalise soit une lacune (11), soit une image en demi-teinte (59, obs.n°7) avec, parfois, une ulcération centrale.

c/ Taille :

La taille lacunaire va de la dimension d'une cerise (obs.n° 6) à celle d'une poire (50).

La régularité des bords de la lacune (exception faite de

l'observation d'Albanese (4), la mobilité à la déglutition apparente tant en radiotélévision qu'en radiocinéma, sont en faveur de la bénignité tumorale. Ce caractère se confirme devant une paroi oesophagienne souple, à plissements parallèles et non interrompus.

Quelques éléments radiologiques peuvent permettre de soupçonner le type histologique de la T.B.C. : ainsi les modifications du contour des lipomes, dues à leur compressibilité, sont pathognomoniques du lipome (44).

En fait, il est toujours difficile d'affirmer la bénignité sur le simple examen radiologique, l'étude histologique de la tumeur pouvant seule apporter une preuve irréfutable.

2/ Méga-oesophages :

La T.B.C. a entraîné, dans 7 cas, une image radiologique de méga-oesophage (72, 54, 87, 22, 24, 88, 65). La toute première observation de T.B.C. rapportée par Ohsawa (72) signalait déjà une telle image et concluait à un méga-oesophage fonctionnel, tout comme 5 autres cas cliniques. Mouchet (65) écarta ce diagnostic, l'inhalation au nitrite d'amyle auquel, seul, il eut recours n'ayant eu aucun effet sur le passage cardial.

L'oesophage était, dans les 7 cas, dilaté de façon considérable, avec une première partie verticale et une seconde horizontale, les passages de la baryte se faisant difficilement à travers un défilé étroit sinueux. L'absence de poche à air fut notée par Cornet (22), et Lanzara (54) signala une stase barytée.

Clagett (87) fit état d'une tumeur thoracique associée. Il est étonnant qu'une telle association ne l'ait pas porté à reconsidérer le diagnostic de méga-oesophage fonctionnel.

Dans 4 cas de la littérature (15, 50, 67, 100) la dilatation de l'oesophage fut mentionnée sans que le diagnostic ait fait état de méga-oesophage : cela en raison de l'existence d'une image radiologique associée : lacune régulière (100), lacune irrégulière ou irrégularité de la petite courbure.

3/ Refoulement de l'oesophage cardinal :

L'oesophage montre le refoulement de l'oesophage cardinal, le plus souvent vers la droite, refoulement dû à une volumineuse tumeur à développement médiastinal. Onze observations signalent une telle image (37, 83, 58, 32, 11, 87, 65, 49).

Ce refoulement, qui s'accompagne d'un plissement conservé et d'une muqueuse souple et intègre, est souvent considérable lorsqu'il s'associe à une dilatation de l'oesophage sus-jacent.

Selon Rossello (83), une image en étage faite d'une déviation brusque et constante du profil oesophagien qui acquiert ainsi un trajet horizontal, serait évocatrice d'une T.B.C.

Les tumeurs médiastinales à l'origine du refoulement sont également visibles en radiographie pulmonaire sous forme d'une opacité rétrocardiale ou pulmonaire inférieure, ce qui renseigne sur le volume tumoral.

Dans la plupart des cas, cette découverte a précédé celle d'un refoulement de l'oesophage. Il n'en a pas toujours été ainsi, puisque deux patients présentant essentiellement des signes pulmonaires n'ont pas bénéficié d'un transit baryté oesophagien (60, 30), la T.B.C. n'ayant été vue qu'à l'intervention.

4/ Lésions pseudo-cancéreuses :

Deux types d'images ont conduit au diagnostic de cancer oeso-cardiotubérositaire :

- déformation de l'oesophage cardial soit en cascade (29) soit sous forme d'un défilé sinueux et irrégulier de la jonction cardio-tubérositaire (obs.n° 7);

- image lacunaire de la grosse tubérosité, qui peut être associée aux déformations précédentes.

Ces images radiologiques sont dues à des tumeurs bénignes du cardia volumineuses, se développant au-dessous du diaphragme.

Un radiocinéma et une étude endoscopique montrant l'intégrité de la muqueuse doivent suivre l'examen radiologique afin de redresser le diagnostic. Mais cela n'est guère possible lorsque la tumeur bénigne s'entoure d'un tissu inflammatoire, l'examen histologique post-opératoire permettant seul d'affirmer l'existence d'une T.B.C.

LESIONS ASSOCIEES.

Elles sont fréquentes. Parfois leur présence radiologique évidente éclipse l'image de la T.B.C. : cette dernière n'est alors découverte que lors de l'intervention que nécessite la lésion associée. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la T.B.C. peut apparaître lors d'un examen radiologique demandé pour une hernie hiatale, un diverticule ou un ulcère gastro-duodénal.

a/ Association avec hernie hiatale :

Cette association se retrouve le plus souvent. Nous l'avons plus fréquemment rencontrée dans nos observations (4 cas sur ?) que dans celles de la littérature (10 cas sur 45). La T.B.C. se manifeste sous forme d'une lacune de face ou d'un bord (obs.n°2) plus ou moins volumineuse, à bords réguliers, qui peut changer de place en position verticale. Cette lacune apparaît à l'angle interne de la grosse tubérosité après réduction de la hernie (obs.n° 5).

Il est important d'essayer de retrouver cette image sur plusieurs clichés et en radiocinéma (obs.n° 3) car son organisation n'est pas toujours certaine : elle n'est prouvée que par la constance de l'image.

La tumeur n'apparaît pas toujours lors de l'examen baryté et sa présence peut surprendre le chirurgien lors de l'intervention pratiquée pour corriger la hernie hiatale (40). L'échec de l'examen baryté s'explique par l'absence de relief de la tumeur sur le mur oesophagien. Pour éviter cet écueil, Deutsch, dans sa thèse, insiste sur la nécessité de multiplier les incidences. Trois fois sur quatre, en effet, la lésion associée à la hernie hiatale est ignorée.

b/ Autres associations :

Une de nos observations comprend un diverticule de Zenker et une autre un diverticule du tiers moyen. Dans la littérature ce type d'association n'a été trouvé qu'une seule fois (67). Nous avons également noté l'association ulcère gastro-duodénal/T.B.C. dans cinq cas; dans un de ces cas la T.B.C. fut découverte lors de la vagotomie (40).

EN RESUME :

Quatre types d'images radiologiques peuvent être réalisés par une tumeur bénigne du cardia :

- lacune endo-oesophagienne;
- méga-oesophage;
- refoulement de l'oesophage cardiaal;
- images pseudo-cancéreuses.

Dans la majorité des cas ces images ne sont attribuées à une tumeur bénigne du cardia qu'à posteriori, c'est-à-dire après l'intervention.

RADIOCINEMATOGRAFIE

-=-=-=-=-

Le radiocinéma est une méthode de choix quand il s'agit d'étudier la physiologie d'un segment digestif. Il est très utilisé pour ses qualités dans l'étude de l'oesophage : il permet en effet d'étudier simultanément la morphologie et la physiologie de cet organe.

La mobilité de l'oesophage, la rapidité de son transit ne sont plus des obstacles, elles font au contraire ressortir les qualités de cette technique qui apporte des éléments nouveaux échappant à la radiographie.

Nous envisagerons dans un premier temps la technique du radiocinéma de la jonction oesogastrique, et dans un second temps les résultats obtenus tant dans notre casuistique personnelle que dans celle colligée dans la littérature.

I.- TECHNIQUE.

Le matériel se compose d'un générateur, d'un amplificateur couplé à une caméra et à un récepteur de télévision. L'enregistrement sur film permet un meilleur contrôle des incidences, la mise en évidence parfaite des images pathologiques, enfin l'étude de la physiologie oesocardiale grâce à la multiplication des images.

Pour certains auteurs (55) l'étude en scopie télévisée remplace avantageusement le radiocinéma car les renseignements qu'elle apporte sont suffisants. Cependant le radio-

cinéma a, sur la télévision, l'avantage de pouvoir reconstituer le mouvement au ralenti, avec arrêt sur l'image, et de permettre ainsi la discrimination entre empreintes radiologiques normales et formations organiques surajoutées.

L'oesophage, en radiocinéma, est étudié debout, couché, en oblique antérieure droite et oblique postérieure gauche, avec quelquefois rotation simultanée du malade.

L'examen proprement dit débute par un examen en radio-télévision pendant lequel l'opérateur est renseigné sur l'aspect lésionnel et la situation anatomique exacte, puis le radiocinéma fixe le passage de la baryte au cardia et étudie l'estomac en réplétion par rotation du malade en position horizontale et verticale. Pendant le passage de la position debout au décubitus sont obtenues d'excellentes images en couches minces de la grosse tubérosité. Puis on fait boire le malade en position couchée et procubitus : c'est ainsi que les lacunes du bas-oesophage sont le mieux extériorisées et ce d'autant mieux qu'une insufflation est associée.

L'examen sera terminé par une recherche de hernie hiatale en procubitus-trendelenbourg.

II.- RESULTATS.

A/ Dans nos deux observations, le radiocinéma a confirmé de façon éclatante les images suspectées en radiologie classique :

- Ainsi dans l'observation n° 1, la lacune arrondie de la grosse tubérosité n'apparaît que sur la 2ème série de radiographie; elle n'y est vue seulement que sur 2 clichés de l'estomac, sous forme d'une image aux contours peu nets. En radiocinéma, cette image apparaît arrondie, homogène, à

contours réguliers; elle est contournée par la baryte qui circonscrit un fin liseré opaque. Dès le premier examen cinématographique, il est donc possible de soupçonner fortement la présence d'une tumeur bénigne.

Dans l'observation n° 4, la radiologie classique montre la présence d'une image lacunaire de T.B.C. Le radiocinéma apporte les renseignements complémentaires suivants, quant au siège et à la nature macroscopique de la tumeur :

"Il existe une double compression oesophage-tubérosité.
"Il semble s'agir d'un double myome développé aux dépens de
"l'oesophage et de la grosse tubérosité".

B/ Dans la littérature, le radiocinéma a été rarement employé. Seuls Mouchet et coll. (65) ont pu, par ce moyen, écarter le diagnostic de méga-oesophage fonctionnel, grâce à l'inhalation de nitrite d'amyle qui n'a nullement influé sur le passage cardial.

Nous voyons donc que le radiocinéma constitue un appoint essentiel pour préciser des lésions du cardia vues en radiographie. Seule cette méthode permet d'augmenter les chances de repérer une T.B.C. de petit volume, difficile à découvrir au milieu du plissement cardial, dans une zone où la compression dosée est impossible. Elle apporte de très importants arguments en faveur de la nature bénigne de la lésion :

- mobilité avec les mouvements de déglutition d'une tumeur se développant dans la lumière oesophagienne;

- paroi adjacente à la tumeur non infiltrée et ayant conservé un péristaltisme normal;

- plissement normal et souple de la muqueuse qui recouvre ou avoisine la tumeur.

Cependant, le radiocinéma ne permet pas de conclure de façon certaine à la bénignité de la tumeur : ainsi un cancer cardial peut se traduire par une image arrondie, contournée par le jet baryté, analogue à celle obtenue dans notre observation n° 1. Lorsque la néoplasie n'intéresse qu'une seule des tuniques de l'organe, les parois avoisinant la tumeur restent lisses, souples et mobiles.

Les mêmes caractères peuvent conduire à un diagnostic de T.B.C. alors qu'il s'agit en fait d'une tumeur extrinsèque à l'oesophage, gardant toute sa mobilité.

Les résultats du radiocinéma doivent donc être confrontés avec ceux de la clinique, de la radiologie standard et de l'endoscopie avant tout diagnostic formel de T.B.C.

En dépit des réserves, il est éminemment souhaitable de demander un examen radiocinématographique devant toute lésion radiologique du cardia, cette région devant être étudiée avec la même minutie que le bulbe duodénal.

ENDOSCOPIE

==

Jusqu'à l'avènement de la fibroscopie, la région cardiale était, pour l'endoscopiste, une zone difficile :

- l'examen en était complexe car pour voir et franchir le cardia il fallait redresser la courbure de l'oesophage terminal; cette manœuvre réussie, seul le versant oesophagien du cardia était visible;

- du fait de cette orientation, toute manœuvre en force risquait d'entraîner une lésion;

- enfin le passage d'un tube endoscopique au cardia, zone réflexigène, déclenchait nausées et efforts de vomissements.

La souplesse des fibroscopes actuels a permis d'éliminer ces écueils, et la région oeso-cardiale est maintenant visible dans sa totalité.

L'étape pré-opératoire de l'endoscopie cardiale, devenue aisée, est indispensable étant donné la difficulté d'interprétation de la radiologie des T.B.C.

I.- TECHNIQUES D'ENDOSCOPIE.

A/ Techniques d'oesophagoscopie :

L'oesophagoscopie fut, pendant de nombreuses années, pratiquée avec des appareils rigides.

L'appareil de Hufford et celui, moins dangereux, de Segal sont pratiquement abandonnés car ils exigeaient des manœuvres précises, périlleuses pour l'oesophage. En outre le cardia,

rarement atteint avec l'appareil de Hufford, ne pouvait l'être que sous anesthésie générale avec la technique de Segal.

Ces méthodes n'exploraient pas le gastro-cardia et exposaient à l'erreur, une contraction prolongée oesophagienne pouvant être prise pour le cardia.

Les oesofibrosopes ont radicalement transformé cet examen. Le premier appareillage utilisé fut celui de Lo Presti: ce tube était composé d'un faisceau de fibres de verres transmettant l'image, d'un faisceau conduisant la lumière et de deux canaux : l'un destiné à l'insufflation et au lavage de l'objectif, l'autre à l'aspiration et au passage d'une pince à biopsie ou d'un cathéter à cyto-diagnostic.

La souplesse de l'appareil permet un examen prolongé avec possibilité d'iconographie, une exploration atraumatique du bas-oesophage et un franchissement constant du cardia (46).

B/ Techniques de gastroscopie :

Si le large champ et la vision latérale du gastroscope semi-flexible a permis pendant longtemps l'exploration des derniers centimètres de l'oesophage, cet appareil est actuellement remplacé par les gastrofibrosopes japonais : ceux-ci, grâce à un dispositif de commande à distance, permettent d'examiner par rétrovision la région du cardia. Toutefois, leur vision latérale empêche l'examen simultané du versant oesophagien du cardia.

L'utilisation récente d'un oesofibroscope long, à vision terminale, permet d'éviter l'emploi successif de deux fibrosopes pour l'examen du cardia, car cet endoscope est muni d'une commande à distance de son extrémité distale.

II.- RESULTATS DE L'ENDOSCOPIE DES T.B.C.

Les difficultés d'examen du cardia que nous venons d'exposer expliquent que les observations de T.B.C. aient fait rarement mention d'oesophagoscopie : 45 cas cliniques ne comprennent, en effet, que 14 compte-rendus d'endoscopie. Nos observations personnelles, plus récentes, ayant bénéficié de l'apport de la fibroscopie comprennent toutes cet examen - à l'exception d'une, toutefois, où l'évidence des signes radiologiques a permis de poser le diagnostic de T.B.C. sans aide endoscopique -

D'une manière générale, l'endoscopie est indispensable au diagnostic car des images radiologiques typiques de T.B.C. peuvent, en fait, dissimuler un cancer du cardia ou des varices tubérositaires.

L'intérêt des résultats obtenus est fonction du siège intra-luminal ou extra-muqueux de la tumeur, de l'aspect macroscopique de celle-ci, ainsi que des renseignements radiologiques obtenus préalablement.

A/ En présence d'une LACUNE RADIOLOGIQUE REGULIERE, l'endoscopie ne fait que confirmer, le plus souvent, l'existence d'une tumeur bénigne intra-luminale :

a/ Il s'agit rarement d'une tumeur épithéliale :

L'adénome observé par Auguste (10), le papillome de notre observation n° 6 ou de Brombart (16) se présentent comme une masse régulière, sessile, du volume d'une cerise et dont l'implantation est inconstamment vue. La biopsie permet leur reconnaissance histologique car ces tumeurs sont épithéliales. Leur siège superficiel permet également un traitement par voie endoscopique.

b/ Ces lacunes radiologiques correspondent, dans la majeure partie des cas, à des polypes fibro-inflammatoires ou encore, plus souvent, à des tumeurs conjonctives (leiomyomes, fibromes, lipomes ...)

- Les polypes sont vus presque constamment par le fibroscope (exception faite du cas de Schmidt (88) sous forme d'une masse régulière recouverte d'une muqueuse intacte, pédiculée et qui jaillit dans la lumière de l'endoscope. Ces polypes ont parfois un aspect en battant de cloche caractéristique. Leur implantation cardiale est bien vue; ils peuvent être photographiés. Ainsi, dans les cas où l'intervention est jugée dangereuse, une surveillance endoscopique, biopsique et photographique permet de les suivre dans le temps (42).

L'utilité de la biopsie des polypes est discutée : la majorité des auteurs craignent de biopsier une muqueuse intacte et ne conseillent l'examen histologique que devant une muqueuse érodée, l'ulcération étant un des symptômes les plus suspects de dégénérescence.

- Les tumeurs conjonctives, contrairement aux polypes, sont inconstamment vues en fibroscopie : en effet, leur taille variable et leur extension extra-oesophagienne entraînent un soulèvement inconstant de la muqueuse cardiale.

Ainsi, c'est le faible volume (2 cm) et le siège intramural de la tumeur de notre observation n° 3 qui expliquent l'échec de la fibroscopie. Cet échec peut également s'expliquer par le refoulement de la tumeur mobile lors de la fibroscopie.

L'indication opératoire ne doit donc pas se baser toujours sur les résultats de cet examen.

Inversement, les tumeurs bénignes des observations n° 1

et n° 2 soulèvent la muqueuse en une formation arrondie, régulière, recouverte d'une muqueuse saine et tendue, et située à l'intérieur d'une hernie hiatale. Mais de telles images rassurantes peuvent également correspondre à d'authentiques cancers du cardia, comme nous le verrons au diagnostic différentiel.

Si quelques signes peuvent nous orienter sur la nature anatomo-pathologique de cette tumeur bénigne (consistance ferme des leiomyomes et celle dépressible des kystes) l'ulcération au sommet de la tumeur n'est point, en revanche, un signe caractéristique des schwannomes, car on la rencontre tout aussi bien dans les leiomyomes. Cette ulcération a cependant l'avantage de permettre une biopsie, geste contre-indiqué en présence d'une muqueuse saine : la plupart des auteurs estiment en effet que détruire l'intégrité d'une muqueuse saine expose au risque d'hémorragie ou d'effraction liquidienne, tout en ramenant peu de renseignements histologiques. Ce geste peut, surtout, entraîner un remaniement inflammatoire péri-tumoral rendant impossible cet acte chirurgical bénin qu'est l'énucléation.

B/ AUTRES ASPECTS ENDOSCOPIQUES.

Les leiomyomes apparaissant sous forme d'autres images radiologiques ne sont pas identifiables à l'endoscopie. Ils peuvent, en outre, présenter un aspect trompeur :

- En présence d'un refoulement radiologique de l'oesophage, l'endoscopie nous montre une muqueuse intègre, refoulée par une tumeur sous-jacente, mais elle ne permet pas de différencier une compression extrinsèque de l'oesophage d'une tumeur intra-murale oesophagienne.

- Devant un méga-oesophage secondaire ou une image radiologique pseudo-cancéreuse, l'endoscopie permet parfois d'éliminer le diagnostic d'une lésion cancéreuse en montrant l'intégrité de la muqueuse; la nature bénigne du processus sous-jacent peut alors être soupçonnée devant le refoulement de la muqueuse (57).

Mais lorsque la muqueuse est remaniée et irritée par une tumeur bénigne sous-jacente, l'endoscopie ne peut infirmer le diagnostic de malignité posé par la radiologie. La biopsie faite alors et négative n'exclut pas la dégénérescence (obs.n° 7).

Dans ce cas, le cyto-diagnostic prôné par Papanicolaou est d'un intérêt certain, d'autant qu'il a été amélioré par les méthodes d'aspiration continue appuyée, d'aspiration dirigée par un gastroscope ou par le procédé de cyto-diagnostic à la râpe qui réunit les avantages des procédés pré-cités.

En effet, ce dernier procédé donne des résultats presque constamment positifs lorsque le cancer est localisé au cardia, en raison du rétrécissement de la lumière oesophagienne. L'avantage de ce procédé est également mis en évidence par Villardell et Cabrefiol (97) qui, sur 89 cyto-diagnostic appliqués à des cancers du cardia, trouvent 7 % seulement de résultats faussement négatifs. Raskine, appliquant cette méthode à 1 714 malades suspects de cancers oesophagiens ou gastriques, retrouve un pourcentage approchant de résultats faussement négatifs.

La méthode a cependant une moindre valeur lorsqu'elle est appliquée à un cancer gastrique à extension oesophagienne, en raison du siège principalement sous-muqueux (52). Ce cas ne peut être différencié d'une forme pseudo-cancéreuse de

T.B.C. que grâce à une angiographie cardio-tubérositaire.

Le recours à ces méthodes complémentaires a le mérite d'éviter une oesophago-gastrectomie abusive, consécutive à une interprétation erronée des aspects radiologiques et endoscopiques des formes pseudo-cancéreuses des T.B.C.

EN RESUME :

Si l'endoscopie est indispensable pour éliminer un diagnostic de cancer du cardia ou un diagnostic de varices tubérositaires, qui peuvent simuler radiologiquement une T.B.C., elle apporte peu de renseignements en matière de leiomyome cardial. Au mieux, elle suspecte la tumeur bénigne lorsque celle-ci fait saillie dans la lumière.

Mais différentes difficultés, comme le peu de relief du leiomyome, les possibles modifications inflammatoires de la muqueuse, et le fait que la biopsie est contre-indiquée, rendent impossible un diagnostic formel par le seul moyen de l'endoscopie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les tumeurs muqueuses du cardia, suspectées par la radiologie, sont presque toujours affirmées par l'oeso-fibroscopie (7 diagnostics exacts sur 7 cas de tumeurs muqueuses).

Il n'en va pas de même pour l'immense majorité des T.B.C. que constituent les tumeurs extra-muqueuses, et en particulier les leiomyomes.

Peu d'auteurs ont en effet porté un diagnostic exact avant l'intervention.

Le tableau ci-dessous reflète la difficulté du diagnostic pré-opératoire des tumeurs extra-muqueuses du cardia.

Diagnostic pré-opératoire	Nombre de cas de la littérature	Observations personnelles
Hernie hiatale	6	
Diverticule	1	
Méga-oesophage primitif	6	
Cancer cardinal	7	1
Kyste bronchogène	1	
Tumeur médiastinale	1	
Tumeur cardiale	4	
Tumeur bénigne du cardia	3	5
Leiomyome du cardia	6	
(absence de diagnostic)	2	1

Nous voyons ainsi que le diagnostic exact de T.B.C. n'a été porté dans la littérature que dans 9 cas sur 37, soit un pourcentage de 24 %, alors que sur 236 cas de leiomyomes oesophagiens, Storey et Adams (92) ont obtenu 48,5 % de diagnostic pré-opératoire exact.

L'écart de ces pourcentages indique bien la difficulté du diagnostic des tumeurs bénignes siégeant au cardia.

La rareté des T.B.C., la similitude des images radiologiques des diverses affections du cardia sont causes en grande partie de la difficulté de ce diagnostic.

Nous étudierons successivement les différentes affections du cardia pouvant prêter à confusion :

A/ LE CANCER DU CARDIA.

Cliniquement, sa symptomatologie peut se calquer sur celle des T.B.C. : douleurs, dysphagie, hémorragie sont communes aux deux affections. Certes, la dysphagie due à une néoplasie s'étend rarement sur une longue période. Ségat (91) rapporte cependant le cas exceptionnel d'un cancer cardial ayant évolué durant quatre ans. On ne peut donc s'appuyer sur la lenteur de l'évolution pour éliminer une néoplasie.

Radiologiquement, l'image de sténose irrégulière que donne le cancer cardial peut se retrouver dans les T.B.C. (obs.n° 7). Inversement, le cancer cardial peut se présenter à son tout début sous la forme d'une lacune radiologique régulière.

L'observation suivante est évocatrice :

Monsieur VIR... Robert (dossier B H 69/794) consulte pour une dysphagie sans amaigrissement. L'oesophagogramme montre un rétrécissement du bas-oesophage avec image lacu-

naire régulière à l'abouchement du cardia. Le diagnostic de T.B.C. est récusé à l'endoscopie qui conclut à une lésion néoplasique certaine. Cependant, l'absence de positivité de la biopsie et la négativité de trois cyto-diagnostic à la râpe inclinent à penser qu'il s'agit d'une lésion bénigne. L'intervention est reportée, d'autant que la dysphagie a disparu et que le radiocinéma montre une compression oesophagienne contournée par la baryte, avec une muqueuse souple et régulière.

Pourtant, quelques mois plus tard, la réapparition de la dysphagie entraîne une gastrectomie polaire supérieure et l'histologie post-opératoire affirme la présence d'un épithélioma glandulaire. Ainsi donc, la forme bien délimitée d'une tumeur obstruant la lumière de l'oesophage ne permet pas de conclure à une forme bénigne. La survenue précoce d'une dysphagie doit toujours faire soupçonner un cancer, même si les examens radiologiques concluent à l'existence d'une néo-formation bénigne (69).

L'endoscopie elle-même n'est pas toujours apte à soupçonner le diagnostic de cancer cardiaque, ce dernier se présentant parfois sous une forme pseudo-polypoïde respectant l'intégrité de la muqueuse (80). Un diagnostic pré-opératoire certain ne pourrait alors être fourni que par une angiographie cardio-tubérositaire qui ferait apparaître l'existence d'images anarchiques; avec interruption du liseré pariétal gastrique (41). Mais malgré le caractère d'autant plus brillant qu'imprévisible de ces résultats, cet examen est et demeurera une radiologie d'exception en raison de la qualité des renseignements fournis par les examens conventionnels (41).

On voit donc qu'en l'absence d'une biopsie ou d'un cyto-diagnostic positifs et quelle qu'ait été la symptomatologie

clinique, radiologique ou endoscopique, le diagnostic différentiel ne pourra se faire que sur le vu de la pièce opératoire.

B.- LES VARICES CARDIO-TUBEROSITAIRES.

Ces varices réalisent, radiologiquement, soit des images pseudo-tumorales, soit des images lacunaires marginales, soit des distorsions des plis du cardia, soit encore des lacunes situées à l'intérieur de hernies hiatales. L'association de ces varices à des varices oesophagiennes ou à l'ombre d'une grosse rate peut aider à la reconnaissance de l'hypertension portale.

En l'absence d'une telle association, un signe radiologique permet de différencier une image pseudo-tumorale d'une tumeur gastrique : sous l'effet d'une insufflation poussée, seules les varices disparaissent par collapsus.

Les varices cardio-tubérositaires peuvent être également diagnostiquées en gastroscopie grâce à leur coloration bleutée et à leur souplesse. Mais leur reconnaissance gastroscopique devient difficile lorsqu'elles épousent la couleur de la muqueuse gastrique ou qu'elles se présentent sous forme de gros plis. Dans ce dernier cas, leur méconnaissance pourrait entraîner une biopsie aux graves conséquences hémorragiques. Ce geste peut cependant être évité s'il est précédé par une distension gazeuse qui, affaissant les varices cardio-tubérositaires, les identifie (25).

Quoi qu'il en soit, la recherche de signes d'hypertension portale en laparoscopie ou, si besoin est, en artériographie coelio-mésentérique (recherche de la réplétion de la masse au temps de retour spléno-portal) permettra de confirmer le diagnostic (93).

C.- LA HERNIE HIATALE.

Cette affection domine la pathologie du cardia. Radiologiquement, elle se traduit parfois par des déformations du bas-oesophage, des images pseudo-lacunaires du cardia, voire une image en demi-teintes de la poche à air gastrique (80).

Deux examens permettent d'affirmer l'existence d'une hernie hiatale et de réfuter celle d'une tumeur bénigne :

- la gastroscopie qui permet, au retrait du tube, de reconnaître un aspect infundibulaire du cardia, avec continuation des plis gastriques à travers l'hiatus;
- le radiocinéma, qui retrouve la hernie hiatale et une image lacunaire cardiale labile.

Mais l'association possible des deux lésions ne permet pas d'exclure formellement l'existence d'une T.B.C.

D.- LES TUMEURS BENIGNES DE LA GROSSE TUBEROSITE.

De telles tumeurs, lorsqu'elles siègent à proximité du cardia sans infiltrer celui-ci, sont à séparer nettement des T.B.C. authentiques (35). Leur distinction radiologique est malaisée par le fait qu'elles donnent les mêmes images que les T.B.C.

Le radiocinéma peut, certes, indiquer le siège juxta-cardial de la tumeur, mais c'est essentiellement l'oesogastroscopie qui, en visualisant la grosse tubérosité, permet de situer la tumeur par rapport au cardia.

La différenciation entre T.B.C. et tumeurs bénignes juxta-cardiales présente un intérêt essentiellement chirurgical (35) puisque l'ablation de la tumeur bénigne de la

grosse tubérosité se fait par simple gastrotomie. Cette intervention ne détruit pas l'oesophage cardial et ne perturbe pas le mécanisme complexe assurant la continence du cardia.

E.- LES COMPRESSIONS EXTRINSEQUES DE L'OESOPHAGE.

Le diagnostic différentiel entre T.B.C. et ses compressions se pose plus rarement.

En outre, pas plus les moyens radiologiques que les moyens endoscopiques ne permettent de différencier une tumeur intra-murale du cardia d'une compression extrinsèque de l'oesophage, comme le montre l'observation suivante :

Monsieur BER... (Dossier B C/7037) (Pr. Debray) consulte, en mars 1970, pour un hoquet rebelle datant d'une vingtaine d'années.

Des clichés gastriques ne montrent aucune image pathologique. Seul le radiocinéma de février 1970 révèle une image arrondie, claire, volumineuse de l'angle oeso-tubérositaire. L'endoscopie ne montre, par contre, aucune tumeur. L'intervention faite pour leiomyome cardial le 21 avril 1970 montre simplement dans l'angle de His un ganglion de la taille d'une noisette.

On voit donc que seule l'intervention permet un diagnostic exact.

EN RESUME :

Nous insisterons sur les formes pseudo-polypoïdes du cancer cardial qui peuvent être trompeuses, que ce soit en radiologie classique, en radiocinéma ou en gastroscopie.

Il est clair que de tels examens ne peuvent que soupçonner la nature bénigne des T.B.C. et que le diagnostic exact devra être établi sur l'examen histologique, une abstention chirurgicale risquant d'entraîner la méconnaissance d'une lésion maligne.

THERAPEUTIQUE

Le traitement des tumeurs bénignes du cardia est toujours chirurgical, malgré l'avis opposé de certains auteurs.

Nous passerons rapidement sur les tumeurs bénignes muqueuses, dont l'exérèse est aisée et sans suites fâcheuses, pour étudier surtout les délicats problèmes chirurgicaux que posent les tumeurs intra-murales du cardia. En effet, la chirurgie des T.B.C. entraîne deux fois plus de gastrectomies polaires supérieures que d'énucléations. Or, cette chirurgie se doit, dans tous les cas, d'être bénigne dans ses suites, étant donné la longue survie promise au malade. Cet impératif est en contradiction avec la nécessité de recourir fréquemment à des gastrectomies polaires supérieures, lesquelles entraînent de graves séquelles opératoires dues à la destruction des mécanismes de continence du cardia.

L'indication chirurgicale d'une gastrectomie polaire supérieure ne devra donc être portée que lorsque le diagnostic de T.B.C. sera certain et que les caractères macroscopiques de la tumeur ne laisseront pas d'autre alternative.

I.- THERAPEUTIQUE DES TUMEURS MUQUEUSES.

En dehors des contre-indications habituelles (hypertension portale associée au polype, dans l'observation rapportée par Heulley (42) cette thérapeutique est toujours chirurgicale. Elle est urgente, en raison du risque de dégénérescence des adénomes ou des papillomes, ou encore du risque d'obstruction

cardiale que peuvent provoquer les polypes pseudo-inflammatoires, tumeurs fréquemment pédunculées (53).

L'opération entraîne toujours des suites opératoires satisfaisantes.

II.- THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE DES TUMEURS SOUS-MUQUEUSES OU EXTRA-MUQUEUSES.

Seront traitées successivement les voies d'abord chirurgicales, les interventions pratiquées, leurs suites opératoires respectives, et surtout leurs indications.

A/ LES VOIES D'ABORD.

Trois voies sont possibles pour dégager l'oesophage cardiaal :

1/ La médiane sus-ombilicale.

2/ La voie thoracique, généralement gauche, est pour la plupart des auteurs une voie idéale : elle donne effectivement un jour excellent sur tout le pôle supérieur et elle seule permet une résection suffisamment large de la moitié inférieure de l'oesophage.

3/ La voie abdomino-thoracique est rarement utilisée.

B/ LES METHODES D'EXERESE.

1/ L'énucléation simple est facilement réalisable lorsque la tumeur, bien encapsulée, se clive aisément. Cette méthode est idéale parce que respectant la continuité de l'oesophage. Dans certains cas, où elle est difficilement réalisable, la muqueuse peut être ouverte accidentellement; il suffit alors de la suturer et de recouvrir la brèche par la muqueuse oesophagienne suturée longitudinalement. Un certain nombre de précautions sont à prendre : respect des pneumogastriques,

incision musculieuse au cardia devant l'existence d'une dyskinésie oesophagienne surajoutée (54); enfin reposition de l'angle de His et réfection de l'orifice hiatal.

2/ L'énucléo-résection est utilisée quand le clivage de la tumeur est impossible dans une zone localisée. Elle entraîne l'ablation d'une collerette de muqueuse. Cette exérèse doit être fragmentaire et la suture transversale effectuée de façon à permettre une suture sans rétrécissement oesophagien. L'énucléation peut cependant échouer et se terminer par une résection oesogastrique (37).

3/ La gastrectomie polaire supérieure comprend l'ablation du pôle supérieur de l'estomac, la section supérieure étant oesophagienne et la section inférieure se situant à la jonction du tiers inférieur et des 2/3 supérieurs de la petite courbure.

C/ LES SUITES OPERATOIRES.

1/ Suites opératoires des énucléations :

Tous les auteurs reconnaissent à l'énucléation d'excellents résultats.

2/ Suites opératoires des gastrectomies polaires supérieures :

Elles sont nettement plus sévères, comme l'indiquent les taux de mortalité rapportés par Storey et Adams (92) : 1,9 % après énucléations, 13 % pour les gastrectomies polaires supérieures.

En dehors des troubles fonctionnels mineurs (pesanteur, diarrhée, ballonnement, dus à la vagotomie souvent inévitable) en dehors également des troubles post-opératoires immédiats tels que les rares lâchages d'anastomose, trois complications majeures peuvent survenir tardivement : (26)

- la sténose de la bouche d'anastomose est révélée par une dysphagie qui survient à partir de la 3ème semaine.

- le reflux oesophagien et l'oesophagite qui s'en suit se traduisent, après une période latente post-opératoire, par une dysphagie progressive s'accompagnant de douleurs rétrosternales en décubitus et à l'alimentation, d'amaigrissement et d'hématémèse.

La multiplicité des techniques qui furent proposées pour prévenir cette oesophagite montre bien la gravité du reflux post-opératoire et l'inefficacité relative de ces interventions (5, 48, 58, 98).

- les troubles de l'état général sont fonction de l'étendue de l'exérèse gastrique. Il y a lieu de faire un choix entre ces troubles et le risque de reflux post-opératoire (26).

3/ Résultats opératoires de nos observations :

Ces résultats montrent bien le degré différent de gravité selon qu'il s'agit de suites d'une énucléation ou de suites d'une gastrectomie polaire supérieure : sur 3 énucléations, 2 ont eu des suites opératoires satisfaisantes et 1 (obs.n° 4) a présenté un épanchement pleural et des signes de reflux oesophagien qu'un traitement médical a fait régresser.

En revanche, la gastrectomie polaire supérieure de l'observation n° 7 a provoqué anorexie, dumping syndrome causé sans doute par la pyloroplastie, douleurs abdominales post-prendiales avec pour conséquence un état nutritionnel très médiocre (amaigrissement de 10 Kg. avant l'intervention et de 3 Kg. après celle-ci).

4/ Résultats opératoires des observations colligées :

Aucune énucléation n'a entraîné de séquelles opératoires. Quant aux 28 observations faisant état de gastrectomie

polaire supérieure, 17 d'entr'elles mentionnent des suites opératoires. Ainsi Clagett (87) insiste sur les résultats défavorables qu'il a obtenus après 3 gastrectomies polaires supérieures pratiquées pour T.B.C. : fistule oesophago-pleurale suivie du décès du malade cinq mois après, troubles nutritionnels, sténose de l'anastomose. Le malade de Manzocchi (60) est mort de complications pulmonaires, celui de Harrington (37), en 1944, de broncho-pneumonie. La résection oesogastrique de Lortat-Jacob (57) se complique d'oesophagite peptique.

Au total, ces 28 gastrectomies polaires supérieures ont entraîné le décès dans 3 cas, soit un pourcentage ayant dépassé 10 %. Ce pourcentage est considérable, si l'on considère la bénignité de la lésion causale.

Quant aux 14 autres suites opératoires, elles ont été :

- satisfaisantes dans 9 cas;
- médiocres dans 5 cas (reflux oesophagien, sténose de l'anastomose).

D/ LES INDICATIONS.

L'indication opératoire n'est pas formelle pour tous les auteurs : Gabrielli et Mouchet conseillent, compte tenu des risques de la gastrectomie polaire supérieure, de surseoir à l'intervention lorsque le leiomyome est petit et découvert fortuitement, tout en surveillant régulièrement l'évolution de la tumeur.

Cette attitude est rejetée par la majorité des auteurs qui estiment que, symptomatique ou asymptomatique, une T.B.C. doit être opérée car on ne peut être sûr de sa bénignité qu'après examen de toute la pièce opératoire; en outre, la tumeur peut théoriquement dégénérer ou entraîner des troubles

nutritionnels importants.

On notera que les 39 cas cliniques de T.B.C. extra-muqueuses relevés dans la littérature ont tous été opérés, bien que les conditions propices à l'abstention prônées par Mouchet et Gabrielli aient été parfois réunies.

Si l'indication opératoire est formelle devant toute suspicion de T.B.C., les modalités du traitement sont par contre objets de controverses :

a/ Certains auteurs préconisent d'effectuer une chirurgie large devant toute tumeur bénigne (30, 59) : selon eux, l'incertitude au sujet de la bénignité de la tumeur se prolonge au stade per opératoire. Sauf s'il s'agit d'un lipome (59) aucun critère macroscopique ne permet de trancher entre tumeur maligne et tumeur bénigne.

Cependant, si cette attitude est défendable pour les T.B.C. du corps ou de l'antrum gastrique, elle ne l'est pas pour les tumeurs du pôle supérieur de l'estomac où on ne peut négliger les séquelles post-opératoires qu'une chirurgie mutilant le cardia peut entraîner.

b/ Comme l'indique le tableau ci-après, l'attitude adoptée par la majorité des auteurs est plus nuancée, les choix opératoires se portant tantôt vers la gastrectomie polaire supérieure tantôt vers l'énucléation.

	Gastrectomies polaires supérieures		Enucléations	
	%	Nombre	%	Nombre
T.B.extra-muqueuses	67 %	28	33 %	15
Leiomyomes du cardia	67 %	24	33 %	13
T.B. oesophagiennes sur 183 cas (96)	23 %		77 %	

1/ Indications d'une énucléation :

Cette intervention est choisie toutes les fois que les conditions macroscopiques tumorales la rendent possible et que le diagnostic de bénignité est certain (19). Seule l'exploration à ventre ouvert permet ce choix (38).

On doit envisager trois conditions macroscopiques :

- la taille du myome : Six fois l'énucléation a porté sur des nodules de 1, 2 ou 3 centimètres. Elle a même été possible devant des tumeurs de taille nettement supérieure, puisque le myome d'Herrington (40) avait 8 cm. de longueur, celui d'Ayas et Vispo (11) 17 cm.

- le siège du myome : est en général strictement oesophagien, la tumeur ne s'étendant pas à l'estomac.

- c'est surtout l'encapsulement et l'absence d'adhérence de la T.B.C. à la muqueuse qui permet l'énucléation.

Ces conditions favorables n'ont été rencontrées que dans un tiers des T.B.C.; l'énucléation de ces tumeurs a été de ce fait deux fois moins fréquente que celle des myomes du reste de l'oesophage.

2/ Indications d'une gastrectomie polaire supérieure :

Cette intervention a été pratiquée bien souvent à la suite d'un diagnostic erroné de cancer cardial ou de méga-oesophage secondaire qui avait été porté en raison d'une symptomatologie clinique et radiologique trompeuse.

Le diagnostic de néoplasie gastrique ne fut redressé, sur les constatations per opératoires, que dans deux cas (11, 15); seul le myome d'Ayas et Vispo (11) ayant pu être énucléé.

Dans deux autres cas (22, 50), la gastrectomie polaire

supérieure aurait pu être évitée : ce n'est en effet que sur le vu de la pièce opératoire que les chirurgiens, redressant le diagnostic, estimèrent qu'ils auraient pu procéder à une simple énucléation.

Une meilleure interprétation des renseignements radiologiques et endoscopiques permettrait d'éviter de telles erreurs et de diminuer le pourcentage trop élevé de gastrectomies polaires supérieures (67 %).

Dans ce but, Cachin et Frileux (18) préconisent, dans les cas douteux, un examen histologique ex-temporane. Cette méthode aurait pu être utilisée dans notre observation n° 7 où un leiomyome minuscule s'entourait d'une réaction inflammatoire importante, d'autant que les données de l'exploration per opératoire ne confirmaient pas les renseignements radiologiques et endoscopiques. Mais ce moyen n'est pas infailible car il expose au risque de passer à côté d'une dégénérescence par le fait que la tumeur n'est pas vue dans sa totalité.

Dans les autres cas - diagnostic sûr, T.B.C. volumineuse, extension tumorale vers l'estomac, adhérences muqueuses - la gastrectomie polaire supérieure reste la seule intervention logique.

Certes, l'abstention pourrait être tentante, en particulier lorsque la tumeur entraîne peu de symptômes; mais là encore, la crainte de méconnaître une tumeur maligne du cardia, au pronostic nettement meilleur que celui des néoplasies du reste de l'oesophage (69) conduit toujours à une gastrectomie polaire supérieure, en dépit des fréquentes séquelles post-opératoires.

CONCLUSION

- - -

Les tumeurs bénignes du cardia siègent ou s'étendent à l'oesophage inférieur ou oesophage cardinal, où sont situés les mécanismes complexes qui s'opposent au reflux gastro-cesophagien.

L'analyse de la littérature montre que ces tumeurs sont fréquemment traitées par gastrectomie polaire supérieure par erreur de diagnostic ou du fait de leur volume, contrairement aux tumeurs bénignes de la grosse tubérosité exclues, de ce fait, de notre étude.

Cette étude a porté sur huit observations personnelles et cinquante huit cas recueillis dans la littérature.

Les tumeurs bénignes du cardia sont rares puisqu'elles ne représentent que 6 à 13 % de l'ensemble des tumeurs bénignes de l'oesophage, et seulement 4 % des tumeurs du cardia. Si la moyenne d'âge se situe entre 40 et 60 ans, on peut rencontrer des tumeurs bénignes du cardia aux âges extrêmes de la vie.

La nature histologique de ces tumeurs est la suivante : leiomyome 78 %, polype et fibrome 4,5 %, lipome 3 %, les autres types de tumeurs étant exceptionnels.

Les leiomyomes sont de forme et de volume variables, allant de lésions de quelques millimètres de diamètre

à des tumeurs monstrueuses, parfois masquées par une dilatation considérable de l'oesophage, ou encore par une réaction inflammatoire péri-tumorale. Leur dégénérescence est discutée, mais seul l'examen histologique de toute la pièce opératoire permet de savoir si la tumeur est transformée ou non.

La symptomatologie est variable : dysphagie de tous types, douleurs épigastriques ou rétrosternales, parfois dyspnée, troubles dyspeptiques. La tumeur peut être latente et découverte sur un cliché thoracique systématique ou sur un examen radiologique pour hernie hiatale, ou encore au cours d'une intervention sur la région cardio-tubérositaire.

La sémiologie radiologique, polymorphe, peut se subdiviser en quatre types d'images : lacune endo-oesophagienne, méga-oesophage d'interprétation variable, refoulement de l'oesophage cardial, image pseudo-cancéreuse. Dans tous les cas, le radiocinéma peut apporter des arguments importants en faveur de la bénignité.

L'endoscopie est indispensable pour éliminer un diagnostic de cancer du cardia ou de varices cardio-tubérositaires. Elle permet de noter un soulèvement de la muqueuse, mais non d'affirmer la tumeur bénigne, la muqueuse étant normale. Enfin elle risque d'être trompeuse dans les formes associées à un méga-oesophage ou à un remaniement inflammatoire de la muqueuse.

La confusion entre tumeur bénigne du cardia et cancer du cardia est fréquente, soit en raison des images pseudo-cancéreuses des tumeurs bénignes du cardia, soit dans les formes pseudo-polypoïdes des

cancers du cardia. Elle est cause d'un pourcentage élevé de gastrectomies polaires supérieures.

Le traitement, uniquement chirurgical, est fonction du volume de la tumeur : les leiomyomes de petite taille et bien encapsulés sont aisément énucléés. Pourtant cette intervention, aux suites opératoires satisfaisantes, n'a été pratiquée que dans 1/3 des tumeurs bénignes du cardia que nous avons colligées.

La gastrectomie polaire supérieure a été appliquée aux tumeurs volumineuses en raison de leur taille, mais aussi du fait de la méconnaissance de leur bénignité. Cette intervention n'est pas sans danger : la mortalité est élevée, les suites à distance sont assez souvent défavorables (reflux gastro-oesophagien).

Ce n'est donc que par une meilleure interprétation des renseignements radiologiques (usage systématique du radiocinéma) et endoscopiques (oesophagoscopie et gastroscopie avec rétrovision) que l'on parviendra à faire le diagnostic exact de ces tumeurs bénignes et à éviter les opérations mutilantes./

BIBLIOGRAPHIE

- I - ADAMS R. et LURIA S.B.- Uncommon benign lesions of lower oesophagus and cardia.
J.A.M.A., 1954, 154, 662-665.
- 2 - ADLER R.H.- Papilloma of esophagus.
J. Thor. Surg., 1959, 37, 625-635.
- 3 - ADLER R.H.- What is the cardia ?
J.A.M.A., 1962, 182, 1045-1047.
- 4 - ALBANESE A.R. et MECROFF M.- Esophagogastric fibroma in a patient with a hiatal hernia.
Prensa. Méd. Arg., 1961, 48, 3292-3296.
- 5 - ALLISON P.R. and BORRIES J.- The treatment of malignant obstruction of the cardia.
Brit. J. Surg., 1949, 37, 1-21.
- 6 - ANITSCHKOW P.- Uber leiomyoma des oesophagus und du Kardia.
(cité par Nemeth et Paliaga).
- 7 - ANTONOVITCH A.- Avantages de la cinématographie dans le diagnostic différentiel des maladies de la région oesophago-cardiale.
Vestn. Rentg. Radiol., 1966, 41, 9-18.
- 8 - ARTZ C., ELLIS H. et PAYN S.- Les complications en chirurgie et leurs traitements.
Maloine Edit., 1968.
- 9 - ATTAH E. and HAJDU S.- Benign and malign tumors of esophagus.
J. Thor. Card. Surg., 1968, 55, 396-404.
- 10 - AUGUSTE Ch., DELANNOY E. et TACQUET A.- Polype du pôle supérieur de l'estomac engagé dans l'oesophage inférieur.
Arch. Mal. App. Dig., 1953, 42, 873-875.

- II - AYAS E., VISPO A. et DEMARCHIC R.- Fibroleiomiomas oesofago-gastricos.
Prensa. Méd. Arg., 1960, 47, 3405-3413.
- I2 - BIENFAIT J.- Contribution à l'étude de la jonction oeso-gastrique normale. Anatomie. Physiologie. Radiologie.
Thèse Paris, 1960, dactyl.
- I3 - BOURDAIS J.P.- Contribution à l'étude des cancers de la région cardiale. A propos de II4 observations.
Thèse Paris, 1957, dactyl., 2II p.
- I4 - BOYD D.P. and HILL L.D.- Benign tumors and cysts of esophagus.
Am. J. Surg., 1957, 93, 252.
- I5 - BROCK R.C.- Cardio-esophageal resection for tumor of the cardia, report of a succesfull case.
Brit. J. Surg., 1942, 30, 146-150.
- I6 - BROMBART M.- Les divers éléments de la technique de l'exploration radiologique de l'intersection oeso-gastrique.
Act. Hep. Gastr. Enter. Hôtel-Dieu, 1969, 5, 4I-44.
- I7 - BRYANT C.- (cité par Nemeth et Paliaga).
- I8 - CACHIN M., FRILEUX C., GERARD G. et JALLUT H.- A propos du diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig., 1952, 42, 6I-65.
- I9 - CHALNOT D. et coll.- Leiomyomes de l'oesophage et leur traitement par l'énucléation.
Presse médicale, 195I, 59, 224-226.
- 20 - CHERIGIE M.- Radiocinéma de l'oesophage pathologique.
Ann. Otolaryng. Paris, 1959, 76 n° 3.
- 2I - CHI A. et ADAMS C.- (cité par Storey et Adams).
- 22 - CORNET L.- Fibrome du cardia avec méga-oesophage consécutif - Resection cardio-tubérositaire.
Presse médicale, 196I, 69, 1735-1736.
- 23 - COUINAUD C.- Prévention de l'oesophagite peptique après resection du cardia.
J. Chir. Paris, 1964, 88, 185-188.

- 24 - CUPALO D.D.- Leiomyome de l'oesophage allant vers l'estomac, occasionnant des spasmes étagés de l'oesophage.
Vestn. Rentg. Radiol., 1967, 1, 96-98.
- 25 - DEBRAY Ch., PAOLAGGI J.A., HOUSSET P., CHARLIER P.G.-
Les varices gastriques.
Entretiens de Bichat, 1964, 657-666.
- 26 - DESGOUTTES J.L.- La gastrectomie polaire supérieure.
Technique, indications, résultats d'après une statistique de 110 cas.
Thèse Lyon. 1957.
- 27 - DI MATTEO G.- Resezione esofago-cardiogastrica per leiomioma gigante; considerazioni anatomo-cliniche et chirurgiche sui tumori muscolari dell'esofago.
Arch. It. Chir., 1955, 79, 352.
- 28 - EVANS D.S.- Perforation following esophagogastric surgery.
Brit. J. Surg., 1970, 57, 39-41.
- 29 - FILIPPINI A., BATTISTELLI V. et DAMIANI R.- Sui tumori della regione esofago-cardiale.
Min. Chir., 1952, 7, 93-99.
- 30 - GABRIELLI S. et SCROSOPPI F.- Un caso di fibromioma gastro-esofago.
Arch. Chir. Tor., 1951, 8, 241.
- 31 - GAJET S.- (cité par Nemeth et Paliaga).
- 32 - GOLDMAN A. et MASTERS H.- Leiomyoma of the esophagus.
Arch. Surg., 1950, 60, 559-574.
- 33 - GOYER G.- Myomes et myomatose diffuse de l'oesophage.
Thèse Paris, 1966, dactyl., 145 p.
- 34 - GUILLEMIN M.G.- A propos de la chirurgie de la région cardio-oesophagienne.
Lyon Chir., 1967, 63, 139-142.
- 35 - HARDOUIN J.P.- Les tumeurs bénignes du cardia.
La Vie Médicale, 1970, 15, 2311-2321.
- 36 - HARPER R.A.K. et TISCENCO E.- Benign tumor of the esophagus and its differential diagnosis.
Brit. J. Radiol., 1945, 18, 99.

- 37 - HARRINGTON S.W. and MOERSCH H.S.- Surgical treatment and clinical manifestations of benign tumors of the esophagus.
J. Thor. Surg., 1944, 13, 304.
- 38 - HARRINGTON S.W.- Surgical treatment of benign and secondarily malignant tumors of the esophagus.
Arch. Surg., 1949, 58, 646.
- 39 - HAYWARD J.- Lower end of esophagus.
Thor., 1961, 16, 36-41.
- 40 - HERRINGTON J.L.- Leiomyoma of the terminal esophagus encountered incidentally during subdiaphragmatic vagotomy.
Amer. J. Surg., 1964, 107, 858-860.
- 41 - HERNANDEZ C.- Angiographie des lésions cardio-tubé-rositaires.
Act. Hep. Gastr. Ent. Hôtel-Dieu, 1969, 5, 293.
- 42 - HEULLY F. et coll.- Les polypes gastriques.
Rev. Fr. de Gastr. Ent., 1969, 59, 53-61.
- 43 - HIVET M., GUILLARD J. et MARTIN P.- Deux cas de tumeurs bénignes du cardia.
Sem. Hôp. Paris, 1970, 41, 2579-2583.
- 44 - HURWITZ M.M. et coll.- Lipomas of the gastro-intestinal tract. An analysis of 72 tumors.
Am. J. Roentgen, 1967, 99, 84-89.
- 45 - HOUSSET P. et DEBRAY Ch.- Description endoscopique des lésions tumorales et pseudo-tumorales de la région oeso-cardiale.
Act. Gastr. Ent. Hep. Hôtel-Dieu, 1970, 6, 35-42.
- 46 - HOUSSET P. et DEBRAY Ch.- Exploration endoscopique de la région oeso-cardiale normale.
Act. Gastr. Ent. Hep. Hôtel-Dieu, 1969, 5, 39-40.
- 47 - JOHNSON J.B., CLAGETT O.T. and MAC DONALD J.P.- Smooth muscle tumors of the esophagus.
Thor., 1953, 8, 251.
- 48 - KANATLI S.- Reconstruction of the cardia following resection of the esophago-gastric junction.
Brit. J. Cl. Pract., 1969, 23, 152-155.

- 49 - KENNEY L.J.- Giant intramural leiomyoma of esophagus.
J. Thor. Surg., 1948, 23, 745-748.
- 50 - KENWORTHY R.A. et WELCH C.S.- Leiomyoma of the esophagus and cardia of the stomach.
Surg., 1948, 23, 745-752.
- 51 - KOLOSSEV A.P.- Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'oesophage et du cardia.
Klin. Khir., 1965, 1, 3-6.
- 52 - KRASKER J., HOUSSET P., MARCHE Cl. et DEBRAY Ch.-
Cytodiagnostic des affections malignes de l'oesophage.
Vie Méd., 1970, 15, 2299-2308.
- 53 - LALLEMANT T.- Tumeurs bénignes, hamartomes et pseudo-tumeurs de l'oesophage.
Act. Gastr. Ent. Hep. Hôtel-Dieu, 1966, 2, I-10.
- 54 - LANZARA A.- Leiomioma dell'esofago e sindrome disfagica funzionale.
Arch. Chir. Tor., 1947, 2, 283-291.
- 55 - LESCUT J., RIBET M. et HOUCHE N.- Lipomes de l'oesophage inférieur.
Act. Hep. Gastr. Ent. Hôtel-Dieu, 1969, 5, 326-328.
- 56 - LEWIS B., MAXFIELD R.- Leiomyoma of the esophagus.
Surg. Gyn. Obs., 1954, 99, 105.
- 57 - LORTAT-JACOB J.L.- Monstrueux leiomyome de l'oesophage. Resection.
Sem. Hôp. Paris, 1951, 27, 2717.
- 58 - LORTAT-JACOB J.L., MAILLARD J.N. et FEKETE F.-
A procedure to prevent reflux after esophago-gastric resection. Experience with 17 patients.
Surg., 1961, 50, 600.
- 59 - MAILLET P.- Deux cas de tumeurs bénignes du cardia (leiomyome, schwannome).
Lyon chir., 1959, 55, 778-781.
- 60 - MANZOCCHI L.- Il leiomioma gastro esofago.
Chirurgia, 1944, 4, 349.

- 61 - MARCHE Cl.- Etude macroscopique et histologique de la région cardio-oesophagienne.
Mémoire pour le C.E.S. d'Anatomie Pathologique, dactyl., Paris, 1960.
- 62 - MERLIER.- Un cas d'adénome du cardia.
Mémoire Acad. Chir., 1952, 78, 599-602.
- 63 - MILAVANOVIC M.- Uber leiomyoma des oesophagus und du Kardia.
Wien, Klin. Wochr., 1914, 27, 753.
(cité par Nemeth et Paliaga).
- 64 - MILLER J.- Large leiomyome of the esophagus.
Journ. Path. Bact., 1912, 17, 283.
(cité par Nemeth et Paliaga).
- 65 - MOUCHET A., CHAVY A. et DAUSSY M.- Leiomyomes de l'oesophage. A propos de trois cas.
Arch. Mal. App. Dig., 1969, 58, 541-553.
- 66 - MOUNIEI-KUHN P.- Dégénérescence des tumeurs bénignes de l'oesophage et des affections bénignes chroniques.
Ann. Otolaryng. Paris, 1965, 82, 232-243.
- 67 - NEMETH A. et PALIAGA A.- Aspetti anatomo patologici e clinici del leiomioma della giunzione esofago-gastrica.
Arch. Chir. Tor., 1960, 4, 711-751.
- 68 - NEMETH A. et PALIAGA A.- Neoplasie benigne cardiali: segni radiologici.
Policlinico (sez. chir.), 1961, 68, 185-203.
- 69 - NISSEN et ROSSETI.- Chirurgie du cardia.
Ciba Sympos., 1963, 11, 195-223.
- 70 - NORA P.F.- Lipoma of esophagus.
Am. J. Surg., 1964, 108, 353-356.
- 71 - ORTH C.- (cité par Nemeth et Paliaga).
- 72 - OHSAWA T.- Surgery of the esophagus.
Arch. Jap. Chir., 1933, 42, 787.
(cité par Shaffer et Kittle).

- 86 - SCHAFER P.W., KITTLE C.F.- Oesophageal leiomyoma :
report of a successful resection.
J.A.M.A., 1947, 133, 1202-1205.
- 87 - SCHMIDT H.W., CLAGETT O.T. et HARRISON E.G.-
Benign tumors and cysts of esophagus.
J. Thor., Surg., 1961, 41, 717-732.
- 88 - SCHMIDT A. et LOCKWOOD K.- Néoplasmes bénins de
l'oesophage.
Acta chir. scand., 1967, 133, 640-643.
- 89 - SCHNUG G.E.- Leiomyoma of the cardio esophageal
junction.
Arch. Surg., 1952, 65, 342-346.
- 90 - SCHOPS T.- La grosse tubérosité de l'estomac.
Doin Edit., 1961, 1, 387-431.
- 91 - SEGAL S.- Cancer de la région cardio-oesophagienne
à évolution lente.
Act. Hep. Gastr. Ent. Hôtel-Dieu, 1969, 5, 323.
- 92 - STOREY C.F. et ADAMS W.C.- Leiomyoma of the esopha-
gus (a report of 4 cases and review of the sur-
gical literature).
Am. J. Surg., 1956, 91, 3-23.
- 93 - SWISCHUK L.E.- Varices gastriques présentées comme
de pseudo-tumeurs du cardia.
Am. J. Dig., 1967, 12, 839-844.
- 94 - TOTTEN R.S., STOUT A.P., HUMPHREY G.N. et MOORE R.L.-
Benign tumors and cysts of the esophagus.
J. Thor., Surg., 1953, 25, 606.
- 95 - TSCHLENOW E.- (cité par Nemeth et Paliaga).
- 96 - VANUNO D.- Les leiomyomes de l'oesophage.
Mém. pour le Titre d'Ass. Etr., Paris, 1963,
dactyl., 26 p.
- 97 - VILARDELL F. et CABREFIOL V.- Diagnostic cytologique
des cancers du cardia.
Act. Hep. Gastr. Ent. Hôtel-Dieu, 1969, 7, 308-
313.

- 73 - PALMER E.D.- Clinical problems at esophago-gastric junction.
Am. Pract. et Dig. Treat., 1954, 5, 764-766.
- 74 - PICHLER N.- (cité par Nemeth et Paliaga).
- 75 - PLACHTA P.- Benign tumors of the esophagus and rapport of some cases.
Am. J. gastr. Ent., 1962, 38, 639-652.
- 76 - POSTLETHWAIT R.- Surgery of the esophagus.
Springfield Ch. C. Thomas, Edit., 1961.
- 77 - RAINER W.G.- Leiomyosarcoma of esophagus. Review of the literature and report of 3 cases.
Surg., 1965, 58, 343-350.
- 78 - RAZENON P.- Kyste gastrique para-cardial.
Arch. Mal. App. Dig., 1964, 53, 31-34.
- 79 - RESANO J.H., MALENCINI M. et ELENITZA J.-
Leiomyome de l'oesophage abdominal, diagnostic par le pneumo-péritoine.
Presse Méd., 1954, 86, 1822-1823.
- 80 - RESTOUX R.- Les tumeurs bénignes du cardia.
Contribution à leur étude.
Mém. C.E.S. Mal.App.Dig., Ronéotypé, Paris, 1966.
- 81 - RIPLEY H.R., OLSEN A.M. and KIRKLIN J.W.-
Esophagitis after esophago-gastric anastomosis.
Surg., 1952, 32, 1.
- 82 - ROGOZKINA M.V.- Un cas de leiomyome de la région cardiaque de l'estomac.
Khirourguia (Moscou), 1963, 6, 126-127.
- 83 - ROSSELLO G.- I leiomiomi dell'esofago.
Arch. Chir. Tor., 1950, 6, 133-181.
- 84 - ROUX M.- Les tumeurs bénignes de l'estomac.
Presse Méd., 1952, 60, 813-814.
- 85 - SAVARY M.- L'apparence endoscopique du vestibule gastro-oesophagien.
Act. Otorhinolaryngo, Basel, 1968, 30, 134-148.

- 98 - WATKINS D.H., PREVEDED A. et HARPER F.R.-
A method of preventing peptic esophagitis
following esophago-gastrostomy.
J. Thor. Surg., 1954, 28, 367-382.
- 99 - WOHL A.- Lésions du cardia simulant un carcinome.
Am. J. Roentgen, 1959, 82, 1048.
- 100 - WELTI H., PARADES B. de et GANIERE P.- Volumineux
fibrome de l'oesophage ayant simulé, chez un
enfant de 12 ans, une dyskinésie avec anorexie
mentale.
Arch. Mal. App. Dig., 1960, 49, 592-598.
- 101 - ZAINO V.- The lower esophageal.
Am. J. Roentgen, 1962, 84, 1045.

